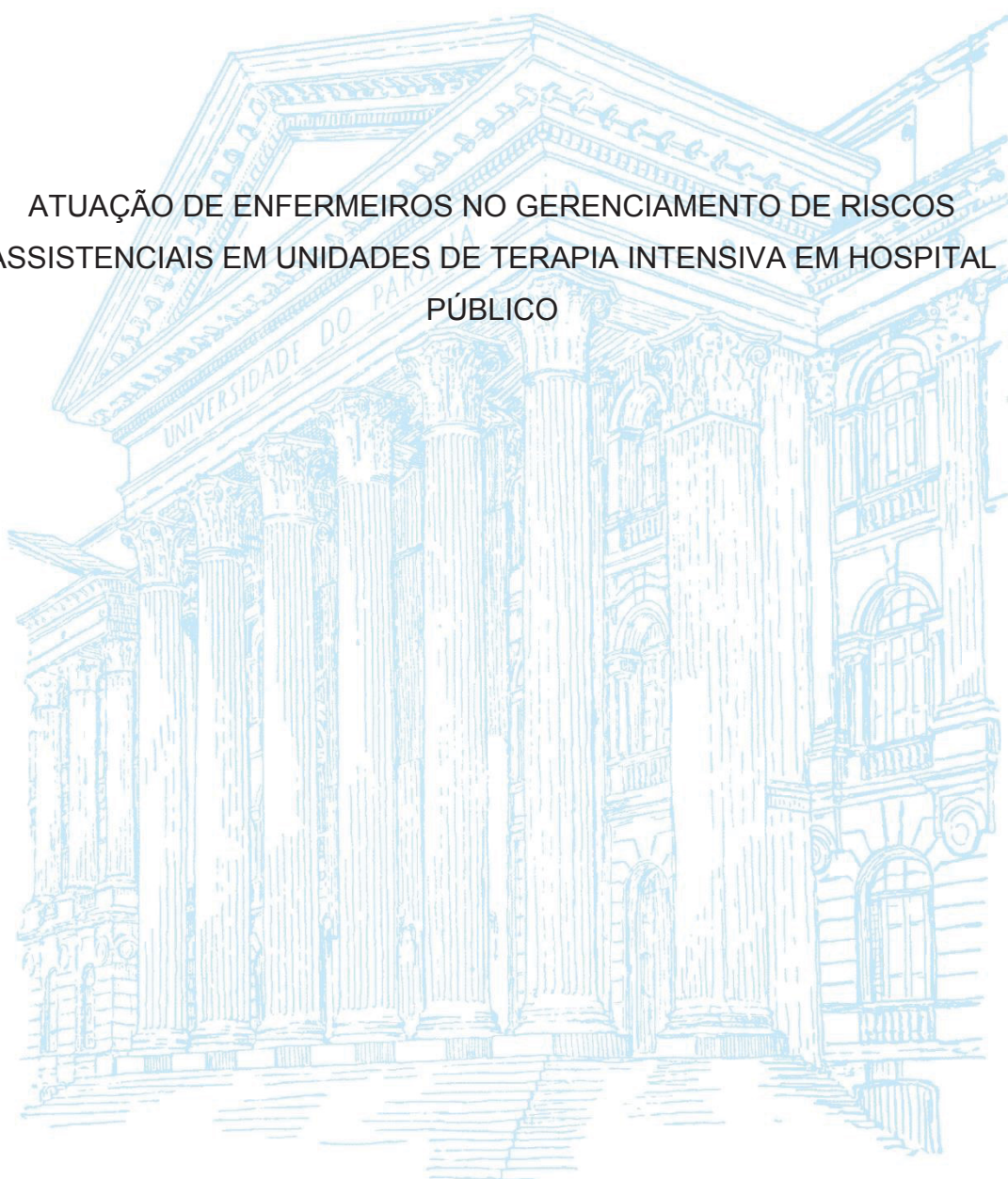


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

TALITA RENNÊ MENDONÇA

ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS NO GERENCIAMENTO DE RISCOS  
ASSISTENCIAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL  
PÚBLICO



CURITIBA

2020

TALITA RENNÊ MENDONÇA

ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS NO GERENCIAMENTO DE RISCOS  
ASSISTENCIAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL  
PÚBLICO

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Coorientadora: Dr<sup>a</sup>. Ana Paula Hermann

CURITIBA

2020

Mendonça, Talita Rennê

Atuação de enfermeiros no gerenciamento de riscos assistenciais em Unidades de Terapia Intensiva em hospital público [recurso eletrônico] / Talita Rennê Mendonça – Curitiba, 2020.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2020.

Orientadora: Profa. Dra. Lillian Daisy Gonçalves Wolff

Coorientadora: Dra. Ana Paula Hermann

1. Gestão de riscos. 2. Segurança do paciente. 3. Hospitais. 4. Unidades de Terapia Intensiva. I. Wolff, Lillian Daisy Gonçalves. II. Hermann, Ana Paula. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 362.10425



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -  
40001016045P7

## TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da Dissertação de Mestrado de **TALITA RENNÊ MENDONÇA**, intitulada: **ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS NO GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL PÚBLICO**, sob orientação da Profa. Dra. LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF, após terem inquirido a aluna e realizado a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua APROVAÇÃO no rito de defesa.

A outorga do título de Mestre está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

Curitiba, 19 de Fevereiro de 2020.

  
LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF  
Presidente da Banca Examinadora

  
KARLA CROZETA FIGUEIREDO  
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

  
ELAINE ROSSI RIBEIRO  
Avaliador Externo (FACULDADES PEQUENO PRÍNCIPE)



Aos meus filhos João Henrique e Mário César, motivo e razão de toda e qualquer intenção de evolução desta mãe. Ao meu esposo Marcelo, pilar de sustentação que cuidou de tudo enquanto estive ausente. Aos meus pais, Juacir e Ednéia, que me ensinaram o valor da busca constante e mostraram-me que a trajetória humana não é perfeita, mas ainda assim vale a pena lutar pela vida.

## **AGRADECIMENTOS**

Sou grata a Deus por todos os milagres realizados diariamente em minha vida. Pela bondade em conduzir-me à Enfermagem e permitir-me ser canal de bênçãos, direta ou indiretamente, àqueles que a mim Ele conduz.

Sou grata aos meus filhos por abdicarem do tempo da mamãe, João em plena adolescência e Mário enfrentando os desafios de superação que o Autismo infantil lhe impõe. Vocês são meus heróis, meus guias, meu ponto de partida e meu porto de chegada.

Sou grata ao meu amigo, namorado, companheiro, pai dos meus filhos (ainda que o mais velho não tenha sido gerado por ele), Marcelo. Você é uma fortaleza segura e confortável. Onde há você os momentos difíceis se transformam em aroma, paladar e prazer, como os alimentos que você prepara. Obrigada por cruzar este caminho.

Sou grata a minha irmã Renata e a minha prima-irmã Bárbara, que me veem melhor do que sou. Quando jovem, convenceram-me da beleza; quando meu coração se partiu, mostraram-me ser possível renascer; e quando sonhei com o mestrado, fizeram-me acreditar que eu conseguiria. Vocês são partes de mim.

Sou grata aos meus pais, irmãos e antepassados. Com os recursos que possuíam, fizeram o melhor que puderam. Serei a primeira Mestre desta linhagem, mas não a última, porque as raízes que estabeleceram ao longo do tempo nos permitem agora o crescimento, honrando cada galho desta árvore genealógica.

Sou grata ao espírito de luz da Prof.<sup>a</sup>. Lillian Daisy, que aceitou orientar-me e acolheu minhas limitações com gentileza e solidariedade. Tenho certeza de que nosso encontro, aparentemente acadêmico, guarda mais mistérios do que supõe minha vã filosofia. Obrigada, obrigada, obrigada.

Sou grata aos colegas de curso, em que tive a sorte de juntar-me à “gente fina, elegante e sincera”. Especialmente, sou grata a amiga Francelaine que, não sendo enfermeira, cuidou-me em muitas ocasiões e, não sendo (ainda) professora, ensinou-me tanto, que só mesmo caberia em um curso de mestrado. Para mim, vocês foram Mestres desde o começo.

Obrigada a todos aqueles que passaram por mim ou permitiram-me passar por eles neste tempo, pois o que aceitas te transforma. Muito obrigada!

***Nada real pode ser ameaçado.***

***Nada irreal existe.***

***Nisso está a paz de Deus.***

## RESUMO

O conjunto de atividades que compõe o gerenciamento de riscos relacionados à assistência à saúde (identificação, análise, avaliação, monitoramento, tratamento, notificação e comunicação de riscos) dispõe a adoção de práticas que promovem a segurança do paciente. Os enfermeiros são responsáveis por tomarem decisões com o propósito de minorar e prevenir incidentes nas unidades hospitalares em que atuam, portanto devem desenvolver ações de gerenciamento de riscos com foco na qualidade e segurança assistencial. A presente pesquisa teve como objetivo identificar as ações de gerenciamento de risco realizadas por enfermeiros em Unidades de Terapia Intensiva em um hospital de ensino do sul do Brasil; e identificar se o conhecimento e a experiência profissional se relacionam com a perspectiva de enfermeiros sobre o gerenciamento de riscos nas unidades em que trabalham. Utilizou-se a abordagem quantitativa, exploratória descritiva, com 40 participantes enfermeiros que atuam exercendo a assistência em Unidades de Terapia Intensiva (CTI Adulto, CTI Cirúrgico, UTI Neonatal, UTI Pediátrica, UTI Cardiológica), que prestam cuidados ao paciente, que organizam a assistência por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem ou ainda, aqueles que gerenciam a assistência por meio de supervisão, coordenação, atividades administrativas ou de chefia de Unidades de Terapia Intensiva, há pelo menos seis meses. Para obtenção dos dados adotou-se instrumento semiestruturado no formato de questionário na Escala de Likert. O instrumento elaborado pelas pesquisadoras é autoexplicativo, com itens objetivos e foi disponibilizado de forma impressa e eletrônica. A confiabilidade do questionário foi comprovada por meio do Teste Alpha de Cronbach para cálculo da consistência interna. Os resultados foram descritos por frequências e percentuais. Para a avaliação da associação entre variáveis de perfil do participante e itens sobre gerenciamento de riscos assistenciais, foi usado o Teste exato de Fisher, no qual valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional Stata/SE® v.14.1. StataCorpLP®. A análise dos dados evidenciou que os enfermeiros realizam ações de gerenciamento de riscos relativas ao contexto e identificação dos riscos, à análise e avaliação dos riscos e à notificação de riscos e incidentes relacionados à assistência à saúde. Comprovou-se estatisticamente que o conhecimento e a experiência profissional (tempo de formação e tempo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva) não se relacionam com a perspectiva de enfermeiros sobre o gerenciamento de riscos nas unidades em que trabalham.

Palavras-chave: Gestão de Riscos. Segurança do Paciente. Hospitais. Unidades de Terapia Intensiva.

## **ABSTRACT**

The set of activities that comprise the management of risks related to health care (identification, analysis, evaluation, monitoring, treatment, notification, and communication of risks) demands the adoption of practices that promote patient safety. Nurses are responsible for making decisions in order to mitigate and prevent incidents in the hospital units in which they operate, so they must develop risk management actions with a focus on quality and care safety. This research aimed to identify the risk management actions carried out by nurses in Intensive Care Units in a teaching hospital in the southern Brazil ; and test whether knowledge and professional experience are related to nurses' perspective on risk management in the units where they work. A quantitative, exploratory, descriptive approach was used, with 40 nurses participating who work in intensive care units (Adult ICU, Surgical ICU, Neonatal ICU, Pediatric ICU, Cardiac ICU), who provide care to the patient, who organize the assistance through the Systematization of Nursing Assistance or those who manage assistance through supervision, coordination, administrative activities or the leadership of Intensive Care Units, for at least six months. To obtain the data a semi-structured instrument was adopted, constructed in the questionnaire format on the Likert scale. It was prepared by the researchers, is self-explanatory, it's items are objective and it's available printed and electronically. The reliability of the questionnaire was proven using the Alpha Test of Cronbach to calculate the internal consistency. The results were described by frequencies and percentages. Fisher's exact test was used to assess the association between participant profile variables and items on care risk management, in which p values <0.05 indicated statistical significance. The data was analyzed with the computer program Stata/SE® v.14.1. StataCorpLP®, USA. The data analysis showed that nurses perform risk management actions based on to the context and identification of risks, the analysis and assessment of risks and the notification of risks and incidents related to health care. It was concluded that the knowledge and professional experience (training time and working time in the Intensive Care Unit) are not related to the perspective of nurses on risk management in the units where they work.

**Keywords:** Risk management. Patient safety. Hospitals. Intensive Care Units.



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – MODELO DO QUEIJO SUÍÇO DE JAMES REASON.....	24
FIGURA 2 – PROCESSO DE GESTÃO DE RISCOS.....	36
FIGURA 3 – NÍVEIS DE RISCOS.....	39
FIGURA 4 – MATRIZ DE RISCOS.....	38
FIGURA 5 – MELHORES PRÁTICAS DO ENFERMEIRO GESTOR.....	49

## LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 -	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE CONTEXTO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCO.....	59
GRÁFICO 2 -	BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE CONTEXTO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS.....	60
GRÁFICO 3 -	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE RISCOS.....	62
GRÁFICO 4 -	BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE RISCOS.....	62
GRÁFICO 5 -	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE TRATAMENTO DE RISCOS.....	64
GRÁFICO 6 -	BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE TRATAMENTO DE RISCOS.....	64
GRÁFICO 7 -	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE MONITORAMENTO.....	66
GRÁFICO 8 -	BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE MONITORAMENTO.....	67
GRÁFICO 9 -	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE COMUNICAÇÃO ACERCA DOS RISCOS.....	69
GRÁFICO 10 -	BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE COMUNICAÇÃO ACERCA DOS RISCOS.....	69
GRÁFICO 11 -	FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES.....	71
GRÁFICO 12 -	BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES.....	72

## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DEFINIÇÃO DE CONCEITOS-CHAVE.....	26
QUADRO 2 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS AO CONTEXTO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCO.....	58
QUADRO 3 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS À ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE RISCOS.....	60
QUADRO 4 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS AO TRATAMENTO DE RISCOS.....	63
QUADRO 5 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS AO MONITORAMENTO.....	65
QUADRO 6 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS À COMUNICAÇÃO ACERCA DOS RISCOS.....	67
QUADRO 7 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS À NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES.....	70
QUADRO 8 – COMENTÁRIOS OPCIONAIS REALIZADOS POR ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	77

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1 –	ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	57
TABELA 2 –	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE O CONTEXTO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS.....	59
TABELA 3 –	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE RISCOS.....	61
TABELA 4 –	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE TRATAMENTO DE RISCOS.....	63
TABELA 5 –	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE MONITORAMENTO.....	66
TABELA 6 –	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE COMUNICAÇÃO ACERCA DOS RISCOS.....	68
TABELA 7 –	FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES.....	71
TABELA 8 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPO DE PROFISSÃO E AÇÕES DE GERENCIAMENTO DE RISCOS.....	73
TABELA 9 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO E AÇÕES DE GERENCIAMENTO DE RISCOS.....	74
TABELA 10 –	ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPO DE TRABALHO NA UTI E AÇÕES DE GERENCIAMENTO DE RISCOS.....	75

## LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

ABNT	– Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACR	– Análise de Causa Raiz
AGQ	– Assessoria de Gestão da Qualidade
ANVISA	– Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH	– Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa de Seres Humanos
CESP/PR	– Comitê Estadual de Segurança do Paciente
CISD	– Classificação Internacional de Segurança do Doente
CNES	– Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DESP-PR	– Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente do Paraná
EA	– Evento(s) Adverso(s)
EBSERH	– Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
GM	– Gabinete do Ministro
GR	– Gerenciamento de Riscos
HFMEA	– Health-care Failure Mode and Effect Analysis
HMPS	– The Harvard Medical Practice Study -
ICPS	– International Classification for Patient Safety
IOM	– Instituto of Medicine
ISO	– International Organization for Standardization
IRAS	– Infecções relacionadas à assistência à saúde
MS	– Ministério da Saúde
NOTIVISA	– Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária
NSP	– Núcleo(s) de Segurança do Paciente
OMS	– Organização Mundial da Saúde
ONA	– Organização Nacional de Acreditação
OPAS	– Organização Pan-Americana da Saúde
PNSP	– Programa Nacional de Segurança do Paciente
PSP	– Plano de Segurança do Paciente
QT	– Queixa(s) técnica(s)
RDC	– Resolução da Diretoria Colegiada
REBRAENSP	– Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente



REHUF	– Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RIENSP	– Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente
SAE	– Sistematização da Assistência de Enfermagem
SESA-PR	– Secretaria do Estado da Saúde do Estado do Paraná
SEVISP	– Setor de Vigilância e Segurança do Paciente
SNVS	– Sistema Nacional de Vigilância Sanitária
SUS	– Sistema Único de Saúde
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
UGRA	– Unidade de Gestão de Riscos
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva
WHO	– World Health Organization
VIGIPOS	– Sistema de Notificação e Investigação em Vigilância Sanitária

## LISTA DE SÍMBOLOS

@ - arroba

® - marca registrada

> - maior que

< - menor que

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
1.1	OBJETIVOS.....	22
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
2.1	QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE.....	23
2.2	GERENCIAMENTO DE RISCO EM UNIDADES HOSPITALARES....	32
2.3	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O GERENCIAMENTO DE RISCO.....	44
<b>3</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>50</b>
3.1	CENÁRIO DO ESTUDO.....	51
3.2	PARTICIPANTES DA PESQUISA E RECRUTAMENTO.....	52
3.3	ASPECTOS ÉTICOS.....	54
3.4	COLETA DE DADOS.....	54
<b>4</b>	<b>APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>57</b>
4.1	VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.....	57
4.2	RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES AOS ITENS DO QUESTIONÁRIO.....	58
4.2.1	Contexto e Identificação de risco.....	58
4.2.2	Análise e avaliação de riscos.....	60
4.2.3	Tratamento de riscos.....	63
4.2.4	Monitoramento dos riscos e incidentes.....	65
4.2.5	Comunicação acerca dos riscos.....	67
4.2.6	Notificação de Incidentes.....	70
4.3	ANÁLISES ESTATÍSTICA DAS RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DAS RESPOSTAS AOS ITENS DO QUESTIONÁRIO.....	72
4.4	COMENTÁRIOS OPCIONAIS REALIZADOS POR ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	77
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>79</b>
5.1	RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES AOS ITENS DO QUESTIONÁRIO.....	79
5.1.1	Contexto e identificação de risco.....	79
5.1.2	Análise e avaliação de riscos.....	81
5.1.3	Tratamento de riscos.....	83
5.1.4	Monitoramento dos riscos e incidentes.....	85
5.1.5	Comunicação acerca dos riscos.....	87
5.1.6	Notificação de incidentes.....	89
5.2	ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DAS RESPOSTAS AOS ITENS DO QUESTIONÁRIO.....	91
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>93</b>
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>94</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>96</b>
	<b>APÊNDICE 1 – CARTA CONVITE.....</b>	<b>105</b>
	<b>APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>	<b>106</b>
	<b>APÊNDICE 3 – FORMULÁRIO DE PESQUISA.....</b>	<b>108</b>
	<b>ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....</b>	<b>119</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A segurança do paciente está entre os assuntos mais discutidos na área da saúde nos últimos anos, apesar de não ser conceito novo. Publicações sobre o tema citam Hipócrates (460 a 370 a.C.) e sua conhecida frase *primum non nocere*, o princípio de não causar danos. (SOUSA; MENDES, 2014).

Ao longo da história da medicina, personalidades destacaram-se por aplicar precauções consideradas atualmente como relativas à segurança do paciente, como por exemplo, Ignaz Philipp Semmelweiss (1818-1865), médico pioneiro no controle de infecções hospitalares ao introduzir o método de higienização das mãos. (BRASIL, 2014).

Na Enfermagem, destaca-se a expertise de Florence Nightingale (1820-1910) ao implantar medidas de higiene, priorizar atendimentos graves mediante classificação de riscos, realizar o ensino em administração em enfermagem, abordar o gerenciamento da infraestrutura, entre outras. Os conceitos de segurança do paciente estão implícitos em suas ações para a melhoria e qualidade do cuidado. (SEIFFERT; WOLFF; WALL, 2011).

Avedis Donabedian (1919-2000), médico, professor e pesquisador em saúde, propôs como pilares da qualidade a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, por meio dos quais é possível avaliar objetivamente a qualidade da assistência. (SOUSA; MENDES, 2014).

Contudo, foi o estudo da Universidade de Harvard, *The Harvard Medical Practice Study*, em 1984, que evidenciou quão graves eram os problemas relacionados à segurança do paciente. Os resultados demonstravam que 3,7% dos pacientes sofriam incidentes e que poderiam ter sido evitados. Em 1995, a Austrália repetiu o estudo de Harvard em 28 hospitais e revelou que cerca de 16,6% dos pacientes sofreram incidentes, entre os quais 51% dos casos foram considerados evitáveis. O método do estudo foi utilizado em outros países e foram obtidos resultados similares. (SOUSA; MENDES, 2014).

O tema ganhou relevância com a publicação do *Institute of Medicine* (IOM), nos Estados Unidos, em 1999, que evidenciou cerca de 100 mil vítimas anuais causadas por danos relacionados à assistência e não à doença original. (BRASIL, 2017a). O relatório ressaltou que a ausência de estratégias para a segurança do

paciente custava caro, prolongava o tempo de permanência do doente hospitalizado e gerava questões litigiosas. (BRASIL, 2014).

A iniciativa brasileira neste sentido denominou-se Rede Sentinela, estratégia iniciada em 2001. Com objetivo de monitorar o desempenho e a segurança de produtos de saúde, propôs o uso racional das tecnologias e a identificação de erros por meio de busca ativa e notificação de eventos. A Rede Sentinela obteve bons resultados e apontou a necessidade do gerenciamento de riscos, do aprimoramento de práticas seguras nos serviços e da criação de estratégias para a sustentabilidade das práticas. (BRASIL, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) criou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente, posteriormente denominada Programa Paciente Seguro. A proposta contemplava medidas para reduzir os riscos assistenciais, mitigar eventos adversos e organizar conceitos sobre segurança do paciente. Nesta ocasião, a OMS definiu duas medidas como desafios globais: diminuir as infecções associadas à assistência em saúde (IRAS) mediante campanhas de higienização das mãos e promover cirurgias seguras. (BRASIL, 2014).

No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), em 2006, lançou o Sistema Nacional de Notificações para a Vigilância Sanitária – Notivisa, recurso informatizado com objetivo de receber notificações de incidentes, eventos adversos (EA) e queixas técnicas (QT), mantidas sob sigilo. As informações recebidas pelo Notivisa colaboraram para subsidiar medidas de segurança, aperfeiçoar o conhecimento e promover ações de proteção à Saúde Pública. (BRASIL, 2014).

Com objetivo de fortalecer as práticas de enfermagem por meio da troca de informações e de evidências científicas, em 2008 a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) criou a Rede Internacional de Enfermagem e Segurança do Paciente (RIENSP). A consolidação da rede no Brasil denominou-se Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente (REBRAENSP), cuja visão é qualificar a assistência de enfermagem e proporcionar segurança. (ADAMY et al., 2018).

Em seguida, em 2009, a OMS lançou seis metas internacionais de segurança: identificar corretamente o paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança na administração de medicamentos; promover segurança em cirurgias; diminuir os riscos de infecção e de queda do paciente. No mesmo ano, o Sistema brasileiro de notificação e investigação em



Vigilância Sanitária (Vigipos) passou a operar com foco em oportunidades de melhorias na qualidade assistencial e segurança do paciente. (BRASIL, 2017a).

Para orientar os serviços de saúde quanto às estratégias e ações voltadas à Segurança do Paciente, em 2011 a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº. 63 de 25 de novembro, na qual determina requisitos de qualificação, humanização, gestão, redução e controle de riscos aos usuários. (BRASIL, 2011).

Risco é o efeito da incerteza da organização com relação aos seus objetivos; e gestão de riscos são as ações planejadas para direcionar a organização referentes aos riscos. A norma ISO estabelece a eficácia da gestão de risco a partir de alguns princípios que precisam ser atendidos, mas que, se implantados, aumentam a probabilidade de atingir os objetivos, encorajam à gestão proativa e colaboram na identificação e tratamento dos riscos. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) define gestão de riscos como processo sistemático de identificação, avaliação e tomada de medidas para prevenir ou gerenciar riscos, e define riscos assistenciais como aqueles que impactam a qualidade da assistência prestada ou a continuidade da assistência. (ONA, 2018).

A ANVISA declara que gestão de riscos é o processo de aprendizado com as falhas e a prevenção de novos incidentes relacionados à assistência à saúde, constituído pelas etapas de identificação, análise e avaliação do risco, e tratamento, monitoramento e comunicação. (BRASIL, 2017b).

As iniciativas voltadas à segurança do paciente, especialmente a organização dos serviços e o gerenciamento de riscos, passaram a ser obrigatoriedade em 2013, com o lançamento Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria MS/GM nº 529.<sup>1</sup> (BRASIL, 2013a). As estratégias necessárias para a execução do PNSP foram promovidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária ainda em 2013, com a publicação da Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) n. 36, que orienta sobre a criação do Núcleo de Segurança do Paciente com foco na melhoria da qualidade assistencial. (BRASIL, 2013b).

---

<sup>1</sup>Posteriormente consolidada pela Portaria nº 5/2017.

No Paraná, em 2016 a Secretaria do Estado da Saúde (SESA/PR) instaurou o Comitê Estadual de Segurança do Paciente (CESP/PR) para promoção da Segurança do Paciente e melhoria da qualidade nos serviços de saúde. Em 2018, com a finalidade de definir, implementar, monitorar e avaliar medidas estratégicas voltadas à qualificação do cuidado em saúde e à segurança do paciente, foram estabelecidas as Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente (DESP/PR). (PARANÁ, 2018).

Nesse cenário, os profissionais de saúde passam a adotar práticas mais seguras e a analisar frequentemente essas práticas por meio de indicadores relacionados à assistência. O cuidar com qualidade extrapola a dimensão técnica e direciona a prática do cuidado à centralidade do paciente. (SANTOS, 2016).

O enfermeiro deve basear suas ações para a segurança do paciente nas melhores práticas de gerenciamento de riscos, principalmente porque as competências e habilidades do gerenciamento de enfermagem são, entre outras, a avaliação, a sistematização, a decisão de condutas adequadas e a habilidade para tomada de decisões. (SADE; PERES; WOLFF, 2014).

Felizmente, os saberes dos enfermeiros têm avançado na dimensão gerencial em virtude dos modelos de gestão construídos a partir do planejamento participativo, que vem ao encontro da modernização e do amadurecimento das empresas. (SOARES et al., 2016).

No entanto, estudos relacionados às transformações das práticas de segurança do paciente envolvendo enfermeiros na implantação da cultura de segurança e melhorias da qualidade são necessários e, ao mesmo tempo, recentes. Estudos que retratam a realidade brasileira em relação ao gerenciamento de riscos assistenciais são escassos e novas pesquisas auxiliarão estratégias e ações para alcançar as metas de segurança. (SIMAN; BRITO, 2016).

De acordo com a Norma Brasileira ABNT NBR ISO 31000 (2009, p.vi), gestão de riscos “refere-se à arquitetura (princípios, estrutura e processo) para gerenciar riscos eficazmente” e o gerenciamento de riscos “refere-se à aplicação dessa arquitetura para riscos específicos”. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

Nos hospitais, públicos e privados, há enfermeiros que planejam e executam ações relativas ao Plano de Segurança do Paciente nos níveis estratégicos/ táticos, como membros do Núcleo de Segurança do Paciente ou do Setor de Qualidade/ Segurança do Paciente. E no nível operacional, enfermeiros

que atuam na gerência do cuidado ou no cuidado direto ao paciente em unidades hospitalares realizam ações relacionadas ao gerenciamento de risco. Nesta perspectiva, são responsáveis por identificar, notificar incidentes, investigar ou participar da investigação de fatores associados aos incidentes e a riscos que envolvem a assistência, monitorar os indicadores e tomar decisões, de sua competência, com o propósito de melhorar os processos assistenciais. (FELDMAN, 2008).

Considera-se que enfermeiros cientes do papel de gerenciador de riscos possibilitam práticas transformadoras capazes de reorganizar a assistência de modo que ela não ofereça riscos, mas garanta atos seguros com foco na resolubilidade dos problemas de saúde e na satisfação do paciente com relação aos cuidados recebidos. Para tal, é necessária a utilização de ferramentas para nortear a tomada de decisão. (OLIVEIRA et al., 2014). No entanto, a escassez de literatura específica neste sentido gera dúvidas aos enfermeiros em relação à prática do gerenciamento de risco nas unidades assistenciais em que atuam.

Há indicação de que a experiência, as habilidades, o conhecimento e a identificação com os valores institucionais relacionam-se com o planejamento do gerenciamento de riscos e a tomada de decisão para cuidados de enfermagem que promovam a segurança do paciente. (OLIVEIRA et al., 2014). Portanto, nesta pesquisa optou-se em realizar a avaliação da associação entre tempo de profissão, nível de qualificação e tempo de trabalho na UTI às ações sobre gerenciamento de riscos assistenciais.

Mediante o exposto, propôs-se responder às seguintes questões norteadoras: Como enfermeiros atuam no gerenciamento de riscos assistenciais no ambiente hospitalar? E ainda, as variáveis tempo de formação, tempo de trabalho na unidade de atuação e qualificação acadêmica influenciam as ações de enfermeiros no gerenciamento de riscos nas unidades em que atuam?

## 1.1 OBJETIVOS

Identificar, na perspectiva de enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva em um hospital público, as ações de gerenciamento de risco que realizam para a segurança do paciente.

Identificar se o conhecimento e a experiência profissional se relacionam com a perspectiva de enfermeiros sobre o gerenciamento de riscos nas unidades em que trabalham.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

O aprofundamento teórico da pesquisa foi composto pelos temas Qualidade em Saúde e Segurança do Paciente, Gerenciamento de Risco em Unidades Hospitalares, e Atuação do Enfermeiro para Gerenciamento de Riscos.

### 2.1 QUALIDADE EM SAÚDE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Qualidade é a medida dos bons resultados que os serviços de saúde atingem e que estão de acordo com os conhecimentos profissionais da época. (OMS, 2011).

Desde o início dos anos 1980 a OMS tem dado especial atenção ao desenvolvimento de programas de qualidade dos serviços de saúde. Como efeito, nos últimos anos a qualidade é apontada mundialmente como estratégia aos serviços de saúde, independente dos recursos econômicos e do sistema de saúde adotados em cada país. (SERAPIONI, 2009).

Inicialmente, a demanda sobre qualidade referia-se apenas às questões técnicas, concentradas nos aspectos de responsabilização dos profissionais de saúde. Depois, concentrou-se em aspectos organizacionais e processos gerenciais. E por fim, no início dos anos 1990, a discussão sobre qualidade passou a permear a visão do paciente, sem deixar de lado perspectivas técnicas e organizacionais. (SERAPIONI, 2009).

O conceito de qualidade da atenção em saúde, atualmente, não se refere a aspecto único, ao contrário, é produto da incorporação e ligação dos processos que compõem os serviços de saúde, especialmente daqueles que têm resultado direto ao paciente. (SANTOS, 2016).

Com o desenvolvimento de métodos para a melhoria da qualidade da assistência, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar, inserido no Programa de Garantia e Aprimoramento da Qualidade em Saúde, estabelecido na Portaria GM/MS nº 1.107 de 14 de junho de 1995.

Nesse contexto, em 1999, foi constituída a ONA, instituição brasileira não governamental, privada, sem fins lucrativos, de interesse coletivo, com função de



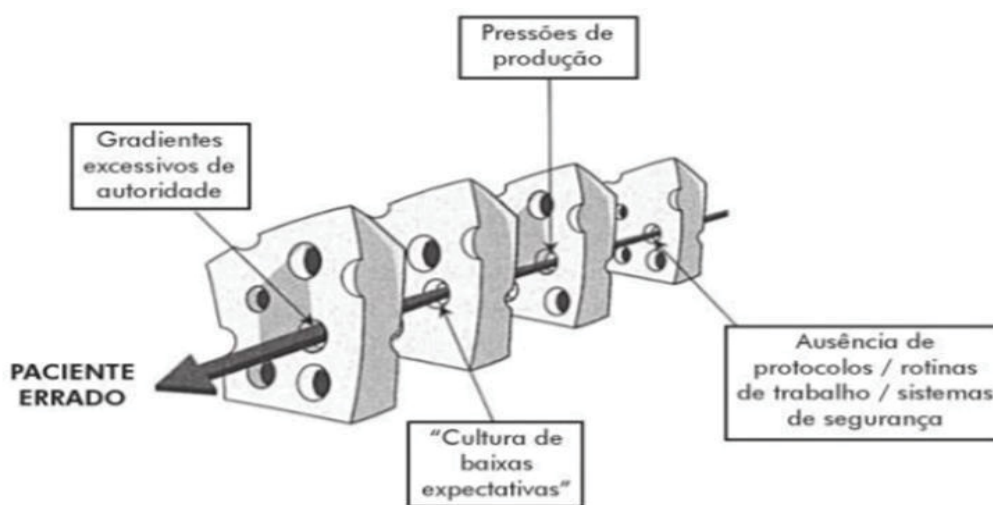
incentivar o setor de saúde a aprimorar seus processos de gestão e qualidade da assistência. (ONA, 2018).

Iniciativas semelhantes foram criadas mundialmente, como o *Best Practices Work Group*, criado pelo Centro da Universidade de Toronto com objetivo de consolidar evidências em práticas de promoção da saúde. (KAHAN; GOODSTADT, 2001). E a *Aktionsbündnis Patientensicherheit*, plataforma criada em 2005 na Alemanha por profissionais de saúde e organizações que representam os pacientes, com objetivo de melhorar a segurança. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

O Sistema de saúde é considerado complexo por conta de múltiplos fatores que interferem no resultado de qualidade esperado. Dentre os fatores, estão os riscos relacionados à assistência à saúde, que podem causar danos aos pacientes e levar a sérias consequências.

O Modelo do Queijo Suíço de James Reason retrata como ocorrem os erros e incidentes relacionados à segurança do paciente. As fatias do queijo representam as barreiras que os sistemas devem implantar para evitar falhas. Porém, assim como as fatias do queijo suíço, as barreiras apresentam fraquezas, representadas pelos buracos. Os buracos alinhados ao acaso equivalem às falhas dos processos que permitem que os riscos atinjam aos pacientes, representados na FIGURA 1. (WACHTER, 2013).

FIGURA 1: MODELO DO QUEIJO SUÍÇO DE JAMES REASON



FONTE: WACHTER (2013).

Evolutivamente, surgiram discussões sobre quais seriam as melhores práticas de saúde, aquelas que garantissem a qualidade dos serviços. O termo melhores práticas como sinônimo de promoção à saúde tem despertado interesse de pesquisadores que acreditam na escolha dessas práticas como estratégias para a garantia de benefícios e minimização de riscos relacionados à assistência. (MELLO; MOYSES, 2010).

Nessa perspectiva, melhores práticas são o conjunto de ações e atitudes com maior probabilidade de alcançarem a promoção da saúde. Após estudos sobre o tema, o termo estabeleceu-se como o conjunto de processos e atividades consistentes com a promoção da saúde em determinado contexto, com maior probabilidade de alcançar as metas daquela situação. (KAHAN; GOODSTADT, 2001). As melhores práticas permitem conhecer os processos que apresentam resultados positivos e por meio deles promover mudanças no âmbito individual, coletivo e institucional. Resultam na minimização de riscos e na segurança do paciente, constroem iniciativas e aumentam a credibilidade das práticas assistenciais. (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

Na busca pela assistência segura e de qualidade, devem ser inseridas não somente nas ações técnicas, operacionais e assistenciais, mas ações de gestão. Melhores práticas gerenciais resultam em melhoria contínua e refletem os fundamentos da promoção da saúde de acordo com o contexto em que estão inseridos. (MELLO; MOYSES, 2010).

Para medir a qualidade percebida pelos pacientes, os serviços de saúde implementaram atividades como as análises de queixas e reclamações; mapeamento dos processos; definição de fluxos de atendimento aos pacientes; assembleias públicas e grupos focais; questionários e estudos etnográficos. É fundamental o entendimento que a qualidade dependerá de vários fatores, entre eles, a concepção individual de saúde, haja vista que o paciente engloba elementos biopsíquicos, sociais e espirituais. (SERAPIONI, 2009).

A variedade de agentes dos serviços de saúde (paciente, familiares, profissionais de saúde, gestores, indústrias e políticas) e os diferentes interesses conferem complexidade às expectativas relacionadas aos resultados. Para alcançar níveis de qualidade satisfatórios é necessário que os agentes envolvidos encararem os conflitos de interesses, pensem soluções e gerenciem momentos em que a

adição da qualidade de determinado aspecto poderá diminuir outro. (SERAPIONI, 2009).

A avaliação da qualidade possibilita a implantação de estratégias que viabilizam o alcance dos objetivos institucionais por meio de planejamento abrangente e evolutivo. Avaliar a qualidade é primordial nas relações das instituições com consumidores e tornou-se essencial não somente para a sobrevivência das organizações, mas para a segurança dos consumidores. (PALADINI, 2011).

Entende-se segurança como redução do risco de danos desnecessários ao mínimo aceitável, tendo em vista os conhecimentos atuais, os recursos disponíveis e o contexto em que estão inseridos. Segurança do paciente, por sua vez, é compreendida como a redução do risco de danos desnecessários relacionados aos cuidados de saúde. (OMS, 2011).

Para categorizar as informações sobre a segurança do paciente e favorecer o aprendizado, a *World Alliance for Patient Safety* definiu e agrupou conceitos de segurança do paciente em um documento, cuja edição em língua portuguesa, de título Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - Relatório Técnico Final (2011), inclui a análise de cada classe e dos conceitos chave. (OMS, 2011). Desta edição foram selecionados os conceitos a seguir (QUADRO 1).

QUADRO 1 – CONCEITOS-CHAVES (continua)

<b>1. Classificação:</b>	Um arranjo de conceitos em classes e a sua subdivisão para exprimir as relações semânticas entre eles.
<b>2. Conceito:</b>	Um portador ou incorporado de significado.
<b>3. Classe:</b>	Um grupo ou conjunto de elementos semelhantes.
<b>4. Relação Semântica:</b>	O modo como as coisas (como <b>classes</b> ou <b>conceitos</b> ) se associam umas com as outras com base no seu significado.
<b>5. Doente:</b>	O indivíduo que recebe <b>cuidados de saúde</b> .
<b>6. Cuidados de saúde:</b>	Serviços recebidos por indivíduos ou comunidades para promover, manter, monitorizar ou restaurar a <b>saúde</b> .
<b>7. Saúde:</b>	Um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade.
<b>8. Segurança:</b>	A redução do risco de <b>dano</b> desnecessário a um mínimo aceitável.
<b>9. Perigo:</b>	Uma circunstância, agente ou ação com potencial para causar dano.
<b>10. Circunstância:</b>	Uma situação ou fator ligado que pode influenciar um <b>evento</b> , <b>agente</b> ou pessoa.
<b>11. Evento:</b>	Ocorrência que aconteceu a ou que afeta um <b>doente</b> .

QUADRO 1 – CONCEITOS-CHAVES (continua)

12. Agente:	Uma substância, objeto, ou sistema que atua para produzir uma alteração.
13. Segurança do doente:	A redução do risco de <b>danos</b> desnecessários relacionados com os <b>cuidados de saúde</b> , para um mínimo aceitável.
14. Dano associado aos cuidados de saúde:	<b>Dano</b> resultante ou que está associado a planos ou ações tomadas durante a prestação de cuidados de saúde, e não a uma <b>doença</b> ou <b>lesão</b> subjacente.
15. Incidente de segurança do doente:	É um <b>evento</b> ou <b>circunstância</b> que poderia resultar, ou resultou, em <b>dano</b> desnecessário para o <b>doente</b> .
16. Erro:	A falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.
17. Infração:	Um desvio deliberado de um procedimento operacional, norma ou regra.
18. Risco:	A probabilidade de ocorrência de um incidente.
19. Ocorrência comunicável:	É uma situação com potencial significativo para causar dano, mas em que não ocorreu nenhum incidente.
20. Quase evento ( <i>near miss</i> ):	Um <b>incidente</b> que não alcançou o doente.
21. Evento sem dano:	Um <b>incidente</b> em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis.
22. Incidente com dano (evento adverso):	Um <b>incidente</b> que resulta em <b>dano</b> para o doente.
23. Dano:	Prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante. Inclui <b>doença</b> , <b>lesão</b> , <b>sofrimento</b> , <b>incapacidade</b> ou morte.
24. Doença:	Uma disfunção fisiológica ou psicológica.
25. Lesão:	Dano dos tecidos causado por um <b>agente</b> ou <b>evento</b> .
26. Sofrimento:	A experiência de qualquer desconforto subjetivo.
27. Incapacidade:	Qualquer tipo de diminuição da estrutura ou função corporal, limitação da atividade e/ou restrição da participação na sociedade, associada a <b>dano</b> passado ou presente.
28. Fator contribuinte:	Uma <b>circunstância</b> , ação ou influência que se pensa ter desempenhado um papel na origem ou desenvolvimento de um <b>incidente</b> , ou aumentar o <b>risco</b> de acontecer um <b>incidente</b> .
29. Tipo de incidente:	Um termo descritivo de uma categoria composta por incidentes de natureza comum, agrupados por terem características comuns e aceites.
30. Características do doente:	Determinados <b>atributos</b> de um <b>doente</b> .
31. Atributos:	Qualidades, propriedades ou características de alguém ou algo.
32. Características do incidente:	Determinados <b>atributos</b> de um <b>incidente</b> .
33. Reação adversa:	Um dano inesperado que resulta de uma ação ou tratamento justificado em que o processo correto, para o contexto em que o evento ocorreu, foi implementado.
34. Efeito secundário:	Um efeito conhecido, para além do principalmente desejado, relacionado com as propriedades farmacológicas de um medicamento.
35. Prevenível:	Aceite pela comunidade como escusável num determinado conjunto de circunstâncias.
36. Detecção:	Uma ação ou <b>circunstância</b> que resulta na identificação de um <b>incidente</b> .

QUADRO 1 – CONCEITOS-CHAVES (conclusão)

<b>37. Fatores atenuantes do dano:</b>	Uma ação ou <b>circunstância</b> que previne ou modera a progressão de um <b>incidente</b> que causará dano a um <b>doente</b> .
<b>38. Consequência para o doente:</b>	O impacto sobre um doente que é total ou parcialmente atribuível a um <b>incidente</b> .
<b>39. Grau de dano:</b>	A gravidade e duração de qualquer dano, e as implicações no tratamento, resultantes de um <b>incidente</b> .
<b>40. Consequência organizacional:</b>	O impacto sobre uma organização, total ou parcialmente atribuído a um <b>incidente</b> .
<b>41. Ação de melhoria:</b>	Uma ação empreendida ou <b>circunstância</b> alterada para melhorar ou compensar qualquer <b>dano</b> depois de um <b>incidente</b> .
<b>42. Ações Empreendidas para Reduzir o Risco:</b>	Ações para reduzir, gerir ou controlar qualquer dano futuro, ou probabilidade de <b>dano</b> , associado a um <b>incidente</b> .
<b>43. Resiliência:</b>	O grau com que um sistema continuamente impede, detecta, ou reduz <b>perigos</b> ou <b>incidentes</b> .
<b>44. Responsável:</b>	Ter de responder por algo ou ser responsabilizado.
<b>45. Qualidade:</b>	O grau com que os Serviços de Saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados e são consistentes com o conhecimento profissional atual.
<b>46. Falha do sistema:</b>	Uma falha, avaria ou disfunção no método operacional, nos processos ou infraestruturas da organização.
<b>47. Melhoria do sistema:</b>	O resultado ou produto da cultura, processos e estruturas que são dirigidos à prevenção das <b>falhas do sistema</b> e melhoria da <b>segurança e qualidade</b> .
<b>48. Análise da causa raiz:</b>	Um processo sistemático iterativo por meio do qual os fatores que contribuem para um <b>incidente</b> são identificados, reconstruindo a sequência de acontecimentos e repetindo “porque” até que sejam esclarecidas as causas raiz subjacentes.

FONTE: OMS (2011).

Os erros relacionados à assistência em saúde têm sido estudados sob os aspectos pessoais e sistêmicos. Na abordagem pessoal considera-se a responsabilização profissional, investiga-se a existência de negligência, imprudência ou imperícia como causa do evento. A abordagem sistêmica abrange as contribuições de todo o sistema como causa do evento, entende-se que a falha humana seja inevitável e procura-se antecipar as possibilidades de erros por meio de aprendizado contínuo. (MENDES, 2007).

Ao se tratar de falhas relacionadas à assistência em saúde, é difícil distinguir quando os erros são devidos a atos inseguros ou a sistemas não confiáveis. Geralmente as falhas são combinações de ambos os aspectos, individuais e sistemas instituídos. (TAVARES et al., 2018).

Frequentemente, erros não são intencionais, e quando se trata de erro humano é importante que se diferenciem os enganos dos lapsos, ou seja, comportamentos conscientes e comportamentos automáticos, respectivamente). Enganos resultam de escolhas incorretas, comumente resultam de conhecimento insuficiente, falta de experiência, treinamento ou informação. Por sua vez, lapsos são falhas inconscientes e automáticas no desempenho de uma tarefa. (WACHTER, 2013).

Profissionais de saúde são mais propensos a cometer lapsos ao desempenhar ações que já fizeram outras vezes. A combinação do comportamento automático à complexidade da área de saúde, maximiza os riscos. (WACHTER, 2013). O antídoto para essa conciliação tem sido fomentar a cultura de segurança, o hábito de estar atento às práticas diárias mesmo que sejam corriqueiras ou apresentem facilidade técnica.

A cultura de segurança é o produto de valores da instituição, atitudes, capacidades de percepção, modelos de comportamento que determinam o compromisso com a gestão da saúde e segurança. (OMS, 2011). A importância dessa cultura decorre do fato de que os profissionais, sem exceção, devem apresentar comportamentos voltados à segurança do paciente e para tal, devem desenvolver a postura de alerta e sentir-se livres para discutir sobre fragilidades que podem acarretar dano ao paciente. (DA ROCHA, 2013).

Com objetivo de apresentar mundialmente os desafios que impedem a prestação de cuidados de saúde eficazes, de alta qualidade e seguros, a Inglaterra desenvolveu o estudo intitulado *More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England?* A investigação explorou cinco temas relacionados à qualidade: cultura organizacional, pressão e stress no trabalho, gerenciamento de risco, comunicação e recursos. (HIGNETT et al., 2018).

O estudo concluiu que, além das adversidades conhecidas há anos, como falta de pessoal, recursos e a complexidade do paciente, problemas relacionados às políticas de segurança começam a ser apontados. Evidenciou-se a necessidade de discutir os princípios de segurança relacionados aos fatores humanos integrados aos cuidados de saúde para enfrentar os desafios da cultura organizacional, da pressão e carga do trabalho. Para os autores, o resultado representa o desafio relacionado à cultura de segurança e à gestão de riscos, especialmente no que tange à comunicação e a investimentos. (HIGNETT et al., 2018).

No contexto de gerenciamento de riscos em serviços de saúde, a cultura de segurança demonstra a maneira pela qual a segurança é desempenhada na assistência ao paciente. Reflete a conduta administrativa e dos colaboradores da instituição com relação à segurança dos pacientes e revela percepções, convicções e atitudes. Felizmente, a cultura de segurança pode ser desenvolvida. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

Medidas de fortalecimento do trabalho em equipe, que busquem a efetividade da comunicação entre os profissionais, a satisfação com as condições de trabalho e o apoio da alta liderança colaboram para o desenvolvimento da cultura de segurança. Principalmente, quanto a adotar medidas de prevenção, assumir a postura de aprendizagem organizacional e eliminar ações punitivas relacionadas aos erros. (TAVARES et al., 2018).

No entanto, desenvolver cultura de segurança não é automático ou fácil. Historicamente os serviços de saúde vivenciaram a cultura de baixa expectativa, que consiste no hábito da comunicação incompleta, ineficiente ou até mesmo a falta de comunicação. (WACHTER, 2013).

Transformá-la exige mudanças comportamentais dos profissionais da área e faz-se necessário começar pelas lideranças. A mudança deverá perpassar a qualidade de comunicação e o conceito de cultura justa, segundo o qual os integrantes das equipes são encorajados a comunicar os erros e sentem-se seguros devido à postura das lideranças em evitar a culpa. (WACHTER, 2013).

A comunicação é considerada o elemento chave para a conscientização dos colaboradores sobre cultura de segurança relacionada ao gerenciamento de riscos. É imperioso que os envolvidos saibam que identificar riscos, notificar incidentes ou eventos adversos, participar de análises de causas e colaborar na implementação de medidas preventivas fazem parte das suas responsabilidades como indivíduos e como membros de equipes profissionais interdisciplinares de cuidado. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

O termo cultura de segurança corresponde ao ambiente favorável ao trabalho em equipe e à comunicação, com abertura para discussão dos erros. Porém, como é difícil medir, divulgar e regular a melhoria da cultura, colore-se o risco de não assumir a importância que tem dentre as estratégias de segurança do paciente. (WACHTER, 2013).



Como estratégia, os serviços de saúde deverão informar os métodos do sistema de gerenciamento de riscos aos envolvidos na assistência. Quando e como as comunicações sobre riscos clínicos acontecerão precisam estar especificados, a estrutura de gerenciamento de riscos deve ter regulamentos escritos sobre como se comunicar em situações de risco. As pessoas que compõem o plano de segurança do paciente necessitam de instruções relacionadas aos seus deveres. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

Com foco na qualificação e segurança assistencial, os serviços de saúde devem inserir a comunicação sobre os sistemas de gerenciamento de riscos aos órgãos externos. Quando apropriado, deverão compartilhar seus dados (métodos e instrumentos) para agregar em avaliações comparáveis que possam produzir aprendizado. Como medida de fortalecimento da confiança, deverão relatar a gestão de riscos clínicos aos destinatários da assistência (pacientes, familiares e parceiros intersetoriais) com prudência para garantir a compreensibilidade e a orientação de corresponsabilidades. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

O Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) considera a importância dos eventos adversos que ocorrem no país, os princípios e diretrizes da gestão de riscos voltada à qualidade e segurança do paciente, e à necessidade do desenvolvimento de estratégias que possibilitem a promoção da mitigação da ocorrência de eventos adversos na atenção à saúde. (BRASIL, 2013b).

As recomendações do PNSP preconizam a implementação de protocolos, guias e manuais de segurança do paciente; a capacitação de gerentes, profissionais e equipes de saúde; o monitoramento de indicadores dos padrões de conformidade relativos à segurança do paciente; as campanhas de comunicação social sobre segurança do paciente; a sistemática vigilância de incidentes; a promoção da cultura de segurança com ênfase no aprendizado e aprimoramento organizacional; e a inclusão do tema segurança do paciente nos currículos dos cursos de formação em saúde. (BRASIL, 2013b).

O aprendizado devido à análise das falhas e a implementação de ações para prevenir novos incidentes são os pressupostos da cultura de segurança, à qual a gestão de riscos está profundamente relacionada. Portanto, para a implementação do PNSP é imprescindível que haja engajamento institucional,



promoção de práticas seguras e divulgação da compreensão das políticas de segurança do paciente.

A Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36, de julho de 2013 reitera e orienta as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), “por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) nos estabelecimentos de saúde” (BRASIL, 2013b, Art. 3º I). Ademais, determina aos NSP o monitoramento dos incidentes, a análise dos eventos adversos e a notificação dos eventos adversos aos órgãos competentes. Portanto, delega aos NSP as ações de gestão de riscos para segurança do paciente. (BRASIL, 2013a).

No entanto, há muito a avançar para a qualidade e segurança assistencial em diversos quesitos, que vão desde questões exclusivas da enfermagem, como a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), até a integração multidisciplinar na saúde; em especial, mecanismos de comunicação e informatização que integrem as informações entre os profissionais. (FELDMAN, 2008).

Os desafios para o cumprimento da assistência hospitalar segura e de qualidade estão postos: o comprometimento das instituições e da alta direção; a responsabilização profissional pela prestação do cuidado qualificado; a mudança da cultura; a infraestrutura e os recursos despendidos para garantir condições de segurança; a integração da gestão de riscos nos processos institucionais; a performance das lideranças; e a melhoria contínua, que gera aprendizado e integra as ações multiprofissionais para que possam minimizar ou eliminar os riscos e eventos que causam danos ao paciente. (FELDMAN, 2008).

## 2.2 GERENCIAMENTO DE RISCO EM UNIDADES HOSPITALARES

De acordo com os relatórios da Anvisa que reúnem os dados, por Estado, de eventos adversos notificados no período de janeiro de 2014 a maio de 2019 (BRASIL, 2019), o número de incidentes ou eventos adversos no Brasil neste período é de 330.536. Destes, 308.894 são dos serviços hospitalares. Nos hospitais, os eventos foram notificados com a seguinte incidência: 160.648 ocorreram em unidades de internação, 88.543 em unidades de terapia intensiva (adulto / pediátrico

/ neonatal), 23.153 no setor de urgência e emergência, e 13.718 no centro cirúrgico, além dos eventos em menor número ocorridos em outros setores. (BRASIL, 2019).

Do total de eventos (330.536), 83.284 correspondem a falhas durante a assistência à saúde, 60.762 são relativos à lesão por pressão, 36.452 revelam quedas de pacientes, 23.448 foram falhas na identificação do paciente e 1.519 foram falhas durante procedimento cirúrgico. (BRASIL, 2019).

Com relação ao grau do dano causado ao paciente, 105.520 notificações relatam não ter havido dano, porém, em 172.077 delas o dano foi leve, em 42.739 foi moderado, em 8.506 foi admitido dano grave e 1.694 dos eventos causaram o óbito do paciente. (BRASIL, 2019).

Entre os eventos que causaram o óbito do paciente, 825 estão relacionados às falhas durante a assistência à saúde, 95 correspondiam às quedas dos pacientes, 92 decorreram de falhas no processo cirúrgico e 50 estão ligados ao desenvolvimento de lesões por pressão. (BRASIL, 2019).

O relatório revela ainda que dentre os eventos, 8427 são classificados como eventos que deveriam nunca ocorrer (*never events*). Entre os *never events* 6.058 eventos são decorrentes do desenvolvimento de lesão por pressão de Estágio III (perda total da espessura tecidual, no qual o tecido adiposo subcutâneo pode ser visível, mas não expostos os ossos, tendões ou músculos), e 1.868 são decorrentes do desenvolvimento de lesão por pressão de Estágio IV (perda total da espessura dos tecidos com exposição dos ossos, tendões ou músculo), que são considerados eventos graves. (BRASIL, 2019).

Eventos adversos têm custos sociais e econômicos. Estudos de vários países estimam os custos dos eventos adversos e no Brasil, um estudo da Fundação Carlos Chagas Filho de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), publicado em 2010, estima que o valor médio de pacientes que sofreram EA evitáveis é de pelo menos 19,5% maior que o valor de pacientes que não sofreram eventos. Além disso, o tempo de permanência hospitalar dos pacientes com EA representou 11,3% adicionais do total de dias de permanência. O estudo demonstra, portanto, que EA causam significativo impacto nos gastos dos hospitais brasileiros e confirma as conclusões de estudos internacionais, mesmo supondo que os resultados brasileiros apresentados estejam subestimados. (PORTO, 2010).

De acordo com Mendes (2007), estima-se que as incidências de EA nos hospitais brasileiros são similares às incidências encontradas em estudos de

hospitais internacionais, porém, as incidências de EA preveníveis em hospitais brasileiros são maiores. Para o autor, os trabalhos de pesquisas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde devem continuar e assim concentrar esforços na entrega de uma assistência adequada, livre de lesão acidental. (MENDES, 2007).

No Paraná, os dados do relatório de eventos adversos de janeiro de 2014 a maio de 2019 (BRASIL, 2019), computaram 40.394 notificações. Os serviços de saúde que mais notificaram incidentes no Estado foram os hospitais, com 39.389 notificações. Quanto aos tipos de incidentes, 10.504 foram falhas durante a assistência; 8.736 relacionados a lesões por pressão; 4.014 sobre quedas dos pacientes; e 3.715 falhas de identificação do paciente. (BRASIL, 2019).

Com relação ao grau de dano ao paciente, os registros no Paraná evidenciam que em 15.271 eventos não houve danos; em 18.751 eventos houve danos leves; em 5.559 desses foram moderados; em 656 foram graves; e 157 resultaram em óbitos. (BRASIL, 2019).

Dada à realidade brasileira e estadual, à relevância dos eventos adversos, somando-se ao fato de que a assistência em saúde exige ambientes complexos, nos quais diversos fatores contribuem para a incidência de eventos adversos relacionados à assistência, faz-se necessários estudos voltados à segurança do paciente e que promovam a implantação do gerenciamento de riscos nos estabelecimentos de saúde.

A origem da prática de gerenciamento de riscos são as sociedades militares e industriais, nas quais sempre foram aplicadas a identificação e avaliação dos riscos, sem deixar de considerar as incertezas. A partir disto, foi possível traçar e implementar estratégias que incluem prevenção, controle e diminuição dos impactos dos riscos. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

Embora aplicadas há décadas nestes setores, métodos e conceitos de gestão de riscos ficaram conhecidos há pouco tempo, por meio das normas da *International Organization for Standardization* (ISO), entidade suíça de padronização e normatização. A primeira publicação da norma pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) ocorreu em 2009, com o propósito de divulgar os processos relacionados à gestão de riscos. (BRASIL, 2017b).

O PNSP descreve gestão de risco como a aplicação sistêmica e contínua de iniciativas, procedimentos, condutas e recursos na avaliação e controle de riscos

e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. (BRASIL, 2013a).

A RDC n. 36 / 2013 estabelece gestão de risco como a aplicação sistêmica e contínua de políticas, procedimentos, condutas e recursos na identificação, análise, avaliação, comunicação e controle de riscos e eventos adversos que afetam a segurança, a saúde humana, a integridade profissional, o meio ambiente e a imagem institucional. (BRASIL, 2013b).

A gestão de riscos não pode ser separada das principais atividades da instituição, ao contrário, integra as responsabilidades da administração e é parte das diretrizes organizacionais (planejamento estratégico, gestão de projetos e gestão de mudanças). O processo de gestão de riscos concretiza-se pela aplicação da política estabelecida nos processos operacionais, denominado gerenciamento de riscos. (BRASIL, 2017b).

A política institucional de gestão de riscos deve ser formalizada e divulgada por meio de documento, no qual estarão inclusos os procedimentos de gerenciamento de riscos, a saber: identificação, análise, avaliação, tratamento, monitoramento e análise crítica dos riscos. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

A identificação é a busca e a descrição de riscos, que envolve a identificação das fontes de riscos e eventos, suas causas e possíveis consequências. A identificação pode envolver dados históricos, análises e opiniões das pessoas envolvidas (pessoas desempenham o processo, especialistas no assunto ou aquelas que se beneficiam do processo, os usuários). (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

A análise é a compreensão da natureza e a estimativa dos riscos, etapa que fornece base para a avaliação e o tratamento de riscos. Para analisar riscos, os critérios de seleção deverão estar de acordo com os objetivos da organização e podem ser definidos a partir de normas, leis, políticas, entre outros. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

A avaliação é a comparação da análise e dos critérios do risco, que determina se o risco é aceitável ou tolerável. A avaliação auxilia na decisão sobre o tratamento dos riscos. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

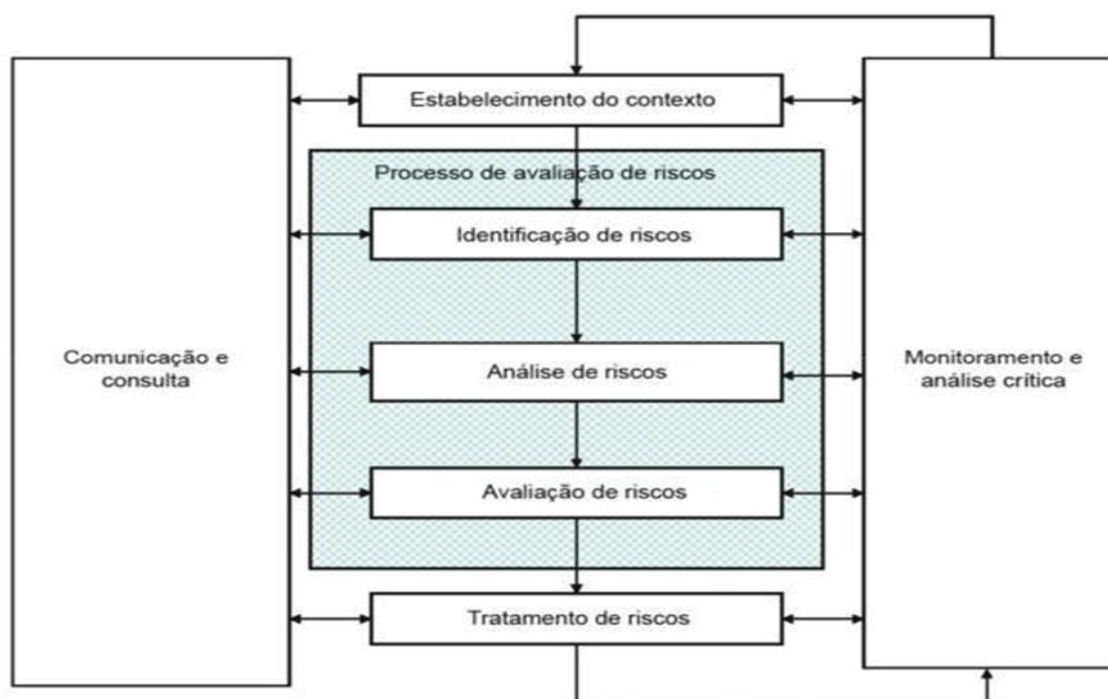
O tratamento é o processo que poderá modificar o risco, envolve evitar, assumir, remover, alterar a probabilidade, alterar as consequências, compartilhar ou reter (controlar) o risco. O termo tratamento de riscos pode também ser referido

como mitigação, eliminação, prevenção e redução de riscos. O controle inclui processos, políticas, dispositivos, práticas ou outras ações que modificam o risco. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

O monitoramento é a verificação, supervisão e análise crítica com objetivo de identificar mudanças do desempenho esperado. A análise crítica é a etapa que determina a eficácia do assunto em questão com relação aos objetivos estabelecidos. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

Para melhor compreensão do processo de gestão de riscos de acordo com a norma, as etapas estão reproduzidas na FIGURA 2 conforme o esquema do próprio documento ABNT NBR ISO 31000 (2009, pg. 14).

FIGURA 2 – PROCESSO DE GESTÃO DE RISCOS



FONTE: ABNT NBR ISO 31000 (2009).

Em serviços de saúde, o gerenciamento de risco clínico compreende a totalidade das estratégias, estruturas, processos, métodos, instrumentos e atividades utilizados na prevenção, diagnóstico, terapia e cuidados de enfermagem, em todos os níveis, funções e profissões na identificação, análise, avaliação e prevenção dos riscos no atendimento, para que a segurança dos pacientes, dos

envolvidos na assistência e da própria organização seja aumentada. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

A implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde têm proporcionado muitos avanços às instituições, entre eles a sistematização e supervisão dos eventos adversos e maior segurança nas ações realizadas. Em contraponto, as subnotificações de eventos adversos, as punições administrativas e a rotatividade dos colaboradores limitam a efetividade dos programas de gerenciamento de riscos e qualidade. (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

A gestão de riscos em serviços de saúde deve adotar os princípios: aumentar a segurança de pacientes, profissionais e da organização; participar das tomadas de decisões no contexto da prestação de cuidados; apresentar procedimentos estruturados e adaptados às necessidades da organização; basear-se na melhor informação disponível; promover integração multidisciplinar; considerar o perfil cultural e o ambiente em que vivem os pacientes e as pessoas envolvidas na assistência; criar transparência; acompanhar a evolução da área, bem como mudanças socioeconômicas. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

A existência de setor com foco em segurança do paciente e em análise de riscos, especialmente se formado por equipe multidisciplinar, tem demonstrado ser estratégia relevante em relação à prevenção e diminuição de eventos adversos. Estudar os erros e evitar repeti-los aponta ações eficazes, mas para tanto são necessárias práticas institucionais planejadas, entre as quais se destacam a formação continuada dos profissionais, a multidisciplinaridade e principalmente, a não fragmentação dos processos. (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

O gerenciamento de riscos propõe o novo modelo, no qual a orientação é ir além da análise superficial dos erros. Ao invés de tratar o que é visível e fraco, aplica-se investigação profunda e difícil, que levará à abordagem sistêmica e ao aprendizado. Após as implantações de gerenciamento de riscos, os níveis de conhecimento e conscientização sobre eventos adversos dos profissionais se elevam. (DA ROCHA, 2013).

Para Costa, Meirelles e Erdmann (2013, p.5) “o gerenciamento de risco está atrelado à identificação de não conformidades no âmbito dos processos de

segurança, propondo ações de prevenção no intuito de melhorar a qualidade da assistência prestada e garantir maior segurança ao cliente”.

Percebe-se que iniciativas governamentais para fins de prevenção têm sido aceleradas. Instituições privadas e governamentais buscam soluções e qualificação assistencial por meio de indicadores, metas e programas para garantir a segurança do paciente. Porém, evidencia-se que no Brasil os resultados ainda são modestos. (DA ROCHA, 2013).

As normas ISO não são específicas para a área de saúde, os conceitos e métodos precisaram ser adaptados, de maneira que a esclarecer que realizar gestão de riscos assistenciais implica abordar aqueles a que os pacientes estão expostos. Atualmente, no Brasil, a gestão de riscos nos serviços de saúde faz-se por meio de relatórios, eventos adversos notificados, avaliações dos processos, auditorias, indicadores, pesquisa de satisfação do usuário e reclamações dos usuários. (BRASIL, 2017b).

A literatura internacional acrescenta ao método brasileiro atual, os sistemas de aprendizado (especialmente em gerenciamento de riscos), casos de responsabilizações levados a público, acidentes de trabalho, riscos externos ou ocorrências de danos que foram tornados públicos, recomendações nacionais e internacionais para ação em segurança do paciente, resultados de pesquisas e estatísticas sobre complicações. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

Estudos recentes recomendam que quando informações suficientes para análise de riscos não puderem ser coletadas com os métodos habituais, torna-se necessário aplicar métodos adicionais ou consultar especialistas no assunto, pois estas informações determinarão como os riscos serão tratados e com que intensidade e prioridade. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017; HIGNETT et al., 2018).

No intuito de colaborar com as análises de riscos assistenciais, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recomenda o método de mapeamento de riscos de acordo com as características de cada serviço. A Matriz de Riscos deverá ser utilizada como estratégia da gestão, pois evidenciará possíveis causas e efeitos combinados com a probabilidade e impacto do risco. Desta forma, definirá o nível de risco em análise e reduzirá a subjetividade inerente à análise qualitativa. (ANS, 2018).



A probabilidade da ocorrência do risco pode ser classificada como rara, improvável, possível, provável e quase certa; os impactos resultantes podem ser classificados como extremos, altos, médios, baixos e muito baixos; e a combinação entre a probabilidade e o impacto determinará os níveis de riscos resultantes, que poderão ser extremos, altos, médios, baixos ou muito baixos (FIGURA 3). A construção da Matriz de Riscos contribuirá para a escolha da forma de tratamento de riscos, evidenciado no exemplo construído (FIGURA 4). (ANS, 2018).

FIGURA 3: NÍVEIS DE RISCOS

		PROBABILIDADE				
		RARO	IMPROVÁVEL	POSSÍVEL	PROVÁVEL	QUASE CERTO
IMPACTO	EXTREMO	MÉDIO	ALTO	EXTREMO	EXTREMO	EXTREMO
	ALTO	MÉDIO	MÉDIO	ALTO	ALTO	EXTREMO
	MÉDIO	BAIXO/ MUITO BAIXO	MÉDIO	MÉDIO	MÉDIO	ALTO
	BAIXO	BAIXO/ MUITO BAIXO	BAIXO/ MUITO BAIXO	MÉDIO	MÉDIO	MÉDIO
	MUITO BAIXO	BAIXO/ MUITO BAIXO	BAIXO/ MUITO BAIXO	BAIXO/ MUITO BAIXO	BAIXO/ MUITO BAIXO	BAIXO/ MUITO BAIXO

FONTE: ANS (2018).

FIGURA 4: MATRIZ DE RISCOS

PROCESSO:		Processo de Trabalho 1			
OBJETIVO:		Objetivo (...)			
RISCO 1:		Risco 1 identificado			
		NÍVEL DE	PLANO DE	RESPONSÁVEL	PRAZO
CAUSA a	causa a	MÉDIO			
EFEITO 1	efeito 1				
CAUSA b	causa b	EXTREMO			
EFEITO 2	efeito 2				

FONTE: Adaptada de ANS (2018).

O tratamento dos riscos deve ser feito após a análise das causas e a descoberta dos problemas prioritários. As estratégias de tratamento podem ser



agrupadas em evitar ou eliminar o risco; compartilhar ou transferir o risco; mitigar, reduzir ou controlar o risco; e retenção ou aceitação do risco. (BRASIL, 2017b).

O monitoramento engloba as investigações das notificações, a educação dos profissionais sobre as práticas de segurança, a avaliação dos desfechos de segurança, o desenvolvimento de programas de melhoria, a interface entre departamentos e pessoas, e o acompanhamento dos indicadores de segurança. (WACHTER, 2013). Para medir a eficácia da manipulação de riscos recomenda-se o Ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*), e em casos de ineficácias, deverão ser criadas estratégias e ser iniciado um novo ciclo. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

A notificação de eventos adversos em saúde é referenciada como estratégia para mitigação dos acontecimentos. Contudo, as práticas de supervisão, controle, avaliação e investigação das notificações destacam-se pela relevância sobre o ato de notificar. (COSTA; MEIRELLES; ERDMANN, 2013).

Com o propósito de obtenção de efetividade dos sistemas de notificação de incidentes, os registros não devem ser utilizados como apontadores de falhas, mas como recursos de comunicação de situações inesperadas ou indesejadas, a fim de que as instituições possam fazer modificações apropriadas e convenientes. (SIQUEIRA et al., 2015).

A comunicação está intimamente relacionada ao estabelecimento da cultura de segurança e deve assumir o caráter não punitivo às notificações, manter o sigilo e a confidencialidade, fornecer respostas oportunas e retorno aos notificantes, orientar as possíveis soluções dos problemas notificados e ser responsiva às mudanças sugeridas. (BRASIL, 2017b).

As análises dos relatórios provindos dos sistemas de notificação em saúde fornecem informações valiosas sobre como ocorrem os incidentes e podem contribuir para a qualificação da assistência e a prevenção desses, porém deve-se levar em conta possibilidade de subnotificações de eventos adversos nas instituições. (DA ROCHA, 2013).

O dimensionamento de enfermagem interfere diretamente em aspectos relacionados à qualidade da assistência, entre eles a vigília com relação às situações de risco. Os recursos humanos, a carga de trabalho, a falta de tempo para preenchimento dos formulários, a rotatividade dos profissionais e o medo da represália são fatores sabidamente relacionados às falhas, incidentes e

subnotificações de eventos adversos, o que prejudica as análises dos riscos, a efetividade do serviço de saúde e a implantação de melhorias de forma contínua. (SIQUEIRA et al., 2015).

Embora não haja garantia da eficácia dos programas de segurança do paciente devido às particularidades de cada instituição, o compartilhamento de modelos e técnicas inovadoras possibilitam implantações e adaptações que podem levar a bons resultados. Para que as informações compartilhadas colaborem como *benchmarking*, as instituições precisam conhecer individualmente seu perfil de erros e eventos, e comparar somente com serviços que utilizam os mesmos métodos. (DA ROCHA, 2013).

Instituições interessadas em conhecer o perfil de incidentes e eventos adversos ocorridos devem medir os resultados do processo assistencial e identificar tendências para que as ações sejam preventivas. Indicadores são necessários como medidas quantitativas sobre os aspectos do cuidado ao paciente. Visam detectar cuidados abaixo dos padrões referentes à estrutura, processos ou resultados e podem ser utilizados como ferramentas para orientar processos de melhoria da qualidade em serviços de saúde. (BRASIL, 2017a).

Dados sobre processos clínicos e resultados tornam possível a melhoria da qualidade assistencial por meio de reconhecimento dos problemas. Indicadores de qualidade são instrumentos para mensurar o resultado assistencial na perspectiva do paciente, portanto permitem avaliar e aprimorar a assistência. (SANTOS, 2016). Deve-se elencar indicadores que demonstrem o valor dos processos de produção da saúde, tais como satisfação do paciente, competência organizacional, resultado do trabalho multidisciplinar, efetividade clínica, entre outros. (SERAPIONI, 2009).

Os fatores que influenciam no desempenho favorável dos indicadores, como recursos humanos e carga de trabalho, são fundamentais para garantir qualidade e segurança. Estes fatores, quando inadequados, estão associados ao aumento de eventos adversos. (QUADROS et al., 2016).

Mensurar a melhoria da qualidade assistencial é indispensável para demonstrar se as ações implantadas promoveram mudanças na direção desejada, ou se os esforços adicionais foram suficientes para que o processo esteja em nível aceitável. (BRASIL, 2017a).

As ferramentas da qualidade dão suporte ao gerenciamento de riscos para que as ações possam ser reproduzíveis, sistemáticas, e adequadas para identificar,

analisar, avaliar os riscos e gerar medidas para tratá-los. As ferramentas escolhidas podem ser prospectivas ou retrospectivas aos eventos, porém a preferência por análises prospectivas dá-se pelo fato de que estas permitem identificar possíveis falhas antes que elas ocorram e possibilitam estratégias de prevenção. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

A ferramenta prospectiva de maior abrangência e aplicabilidade no contexto brasileiro é a análise a Análise do Modo e Efeito da Falha - HFMEA (*Health-care Failure Mode and Effect Analysis*). O HFMEA foi emprestado da engenharia e tem sido utilizado na área de saúde para reconhecer os perigos relacionados à segurança. O método combina a probabilidade de falha com o impacto e gera o índice de criticidade do processo. Caso o índice seja de alto nível, será possível priorizar as melhorias da qualidade. O método HFMEA cria *ranking* de processos prioritários, permitindo criar sequência de melhorias. (ABI, 2019).

Entre os benefícios da análise HFMEA destaca-se o levantamento das medidas sistêmicas necessárias, a definição de prioridades, as discussões para soluções, a aprendizagem dos participantes e a criação da série histórica institucional, que poderá ser utilizada em situações semelhantes. (BRASIL, 2017b).

Os métodos de análise retrospectivos são aplicados após o incidente, visam identificar as causas do evento e desta forma propor ações para que o evento não se repita. As análises retrospectivas comumente utilizadas são: a ACR (Análise de Causa Raiz), o Protocolo de Londres (*Protocol for the Investigation and Analysis of Clinical Incidents*), e a Ferramenta-Gatilho (*Trigger Tools*). (BRASIL, 2017b).

A Análise de Causa Raiz (ACR) possibilita a avaliação do evento de modo a expor os fatores-chave (causas) ao mesmo tempo que procura as causas secundárias (raízes), o que evita que a análise seja superficial. A ACR tem como objetivo identificar o processo sistêmico que levou ao erro e desta forma sugerir estratégias que previnam novos eventos similares. (WACHTER, 2013). O aprendizado a partir da análise poderá ser divulgado a outros serviços de saúde, o que representa importante perspectiva na prevenção de incidentes futuros. (BRASIL, 2017b).

O Protocolo de Londres consiste em técnica investigativa sistemática, utilizada para analisar danos graves. Visa alcançar a identificação abrangente dos aspectos sistêmicos e das causas individuais. A investigação é composta por etapas organizadas para melhorar a coleta de dados e as análises dos fatores contribuintes

ao evento, nos quais os aspectos mais importantes serão os fatores humanos. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

As análises propostas pelo Protocolo de Londres consideram que fatores agravantes ou fatores atenuantes podem mudar o desfecho do evento, que fatores atenuantes podem evitar danos mais graves, portanto devem estar presentes nas reflexões. As investigações questionam os fatores organizacionais que possam ter favorecido ou induzido ao erro, promovem abertura aos membros da equipe envolvida e afastam a busca por indivíduos culpados. A conclusão do Protocolo revelará a probabilidade da repetição do evento e a gravidade de suas consequências, assim como produzirá conhecimento e aprendizagem. (BRASIL, 2017b).

A Ferramenta-Gatilho (*Trigger Tools*) parte da premissa de que os erros assistenciais revelam as causas. A metodologia considera que as causas dos incidentes e eventos podem ser rastreadas, como por exemplo, a utilização de medicação antídoto sinaliza que o paciente recebeu dose excessiva do medicamento antagonista. Outro exemplo é o paciente que apresenta necessidade inesperada de transferência para a UTI, o que evidencia o gatilho para analisar se a assistência na unidade de internação foi inadequada. (WACHTER, 2013).

O Setor de gestão de riscos pode utilizar as reclamações, elogios e críticas como estratégia para obter informações quanto aos riscos a que os pacientes estiveram sujeitos. Nestes casos, as análises servem não somente para aumentar a satisfação do cliente, mas também para otimizar processos e melhorar a segurança do paciente. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

O efetivo gerenciamento de risco deverá atentar à qualificação e capacitação dos profissionais. A educação continuada deve promover a assistência segura e com qualidade por meio do controle e registro dos riscos durante a prestação de cuidados, o que implica analisar com rigor a prática assistencial a fim de detectar as necessidades de melhorias de técnicas, processos e procedimentos. Desta forma, entende-se o aumento do conhecimento e aprendizado institucional como resultado do processo de gestão de riscos, resultado este que fortalece a cultura de segurança e promove mudanças nos processos de trabalho. (COSTA, 2011).

### 2.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO PARA O GERENCIAMENTO DE RISCOS

A atuação do Enfermeiro no ambiente hospitalar é ampla, uma vez que a prestação de cuidados ao paciente pode ser direta ou indireta. Em ambas as situações, o enfermeiro desenvolve ações para a recuperação da saúde do paciente e para isso exerce funções gerenciais. Gerenciar o cuidado envolve o cuidado direto ao paciente e atividades de assistência indireta, ditas administrativas. É relevante o papel do enfermeiro gerente de unidades assistenciais na coordenação das atividades, conferindo qualidade e segurança assistencial ao serviço. (NASCIMENTO, 2013).

Ao gestor de enfermagem compete atribuições de resolução de problemas e de direcionamento de situações diversas, com possibilidades de resultados diferentes, que variam de acordo com perspectivas pessoais e situacionais. O hospital não é uma organização administrativa comum, haja vista a complexidade da saúde humana; portanto, o enfermeiro articula entre os processos e necessita de habilidades profissionais específicas que lhe garantam práticas eficientes. (DAMASCENO, 2016).

A gerência da assistência de enfermagem caracteriza a prática que integra a esfera gerencial e assistencial, as atividades que visam às melhores práticas de cuidado por meio de planejamento, previsão e provisão de recursos, e da atuação articulada das interações multiprofissionais. No entanto, evidencia-se que enfermeiros percebem o gerenciar e o cuidar como atividades incompatíveis, estabelecendo diferenças entre o cuidado direto e cuidado indireto, e valorizam as ações realizadas diretamente aos pacientes. (SANTOS et al., 2013; NASCIMENTO, 2013; DAMASCENO, 2016).

O mundo do trabalho atual impõe aos profissionais o desenvolvimento de habilidades que vão além daquelas pré-determinadas por sua formação. O enfermeiro tem desenvolvido habilidades que compreendem e dominam novas questões relacionadas ao cuidado. O aperfeiçoamento da prática deve ser permanente e dentre estas práticas, as competências gerenciais, que já não são mais consideradas talento nato. Ao contrário, podem ser adquiridas por meio da combinação de capacidades, práticas e conhecimentos organizados. (SADE; PERES, 2015).

Nas instituições hospitalares, a modernização tecnológica e social que levou à maior expectativa de vida e ao envelhecimento da população, exigiu da enfermagem adaptações para o cuidado de pacientes de maior dependência e para cuidados paliativos. O novo perfil dos pacientes adicionou ao atendimento de enfermagem a capacidade de identificar as necessidades individuais e assim, assegurar a qualidade e segurança assistencial. Portanto, tornou-se necessário associar as informações obtidas para o cuidado aos fatores de gerenciamento de risco, para então delinear e priorizar as ações de enfermagem. (CEDRAZ et al., 2018).

A atuação do enfermeiro deve apresentar como resultado o cuidado seguro, no entanto, envolve complexidades peculiares. (NASCIMENTO, 2013). A gestão hospitalar é heterogênea e integra múltiplas atividades. Por isso, os processos administrativos devem propor estratégias e maneiras de articulação para alcançar determinados objetivos, que deverão ser divulgados por meio da missão e visão específica da instituição. (COSTA, 2011).

Tradicionalmente, há duas formas de gerenciamento dos serviços de enfermagem: atividades administrativas relacionadas ao controle de recursos, previsões, manutenções para o funcionamento da unidade; e atividades de gerenciamento do cuidado, composto pelo diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, delegação de atividades, orientação e supervisão da equipe técnica de enfermagem. (GRECO, 2004).

A identificação de riscos relacionados à assistência faz parte das atividades gerenciais, deve ser realizada no momento de internação do paciente e durante a hospitalização. O fato de o gerenciamento de riscos resultar em práticas multiformes que integram diferentes aspectos das competências dos profissionais enfermeiros, tornou o controle de riscos e incidentes inerente às ações de gerenciamento do cuidado para a segurança do paciente. (CEDRAZ et al., 2018).

O enfermeiro deve considerar que a administração é a capacidade de alcançar os objetivos por meio das pessoas, de maneira eficiente e eficaz, é conquistar resultados por meio da efetiva cooperação de suas equipes. Administrar é o processo de diagnosticar, planejar, organizar, direcionar e controlar a fim de alcançar objetivos institucionais. (CHIAVENATO, 2014).

As etapas diagnóstico e avaliação da assistência integram a atividade de gerenciamento do cuidado, devem ser realizadas por meio de avaliações que

proporcionem entendimento da realidade situacional e que possam conduzir às possíveis soluções. As avaliações com foco gerencial têm como principal objetivo produzir informações que contribuam para o aprimoramento de condições preestabelecidas, como no caso de práticas e rotinas assistenciais. (NOVAES, 2000).

Os gerentes executam atribuição importante ao desenvolver sua competência para medir o desempenho e a qualidade, pois desta forma, colaboram na identificação de medidas que estão vinculadas aos resultados estratégicos da instituição. (QUINN, 2015).

O planejamento é fundamental para que os processos de trabalho sejam flexíveis e adaptáveis, pois ações que tiveram êxito no passado podem não ser efetivas no presente. Planejar é mais complicado que programar e não se restringe a estipular meta a ser alcançada. Planejar envolve aspectos técnicos e gerenciais, recursos, contingência, políticas e procedimentos, desempenho e formas de avaliação de desempenho e inclui a possibilidade da necessidade de replanejar. Portanto, no planejamento, programar é uma importante etapa, porém a última, antecedida pela definição e detalhamento do propósito do trabalho. (QUINN, 2015).

O trabalho do enfermeiro abrange coordenar, monitorar, controlar, delegar as atribuições e dar suporte à equipe. Com isso, entende-se a competência liderança como essencial. O gestor deve ser flexível, compreender as pessoas supervisionadas, discernir o momento do indivíduo, considerar as necessidades e o que motiva os membros da equipe, desenvolver as aptidões individuais e alcançar resultados por meio de seus liderados, sem explorá-los. Deve fortalecer o sentimento de missão e propósito. (DAMASCENO, 2016).

A gestão integrada dos processos, a gestão de recursos, o foco no cliente e a visão estratégica são algumas das competências necessárias para atender os novos padrões de gerência do enfermeiro. (SADE; PERES; WOLFF, 2014). Somadas às competências previstas nas Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação em Enfermagem (BRASIL, 2001), caracteriza-se o novo perfil esperado do profissional enfermeiro, de gerenciador dos riscos inerentes à assistência à saúde, com foco em assegurar e resguardar a segurança do paciente.

O Enfermeiro gerenciador de risco dinamiza e facilita as ações de qualificação e segurança assistencial, colabora para o conhecimento e a consciência sobre os riscos, motiva a equipe assistencial às boas práticas. A relação



entre qualidade, segurança e competências dá condições à excelência, haja vista que a assistência de enfermagem é essencialmente direcionada ao melhor cuidado, de modo a suprir as necessidades do paciente. (FELDMAN, 2008).

Ao adotar as práticas de gerenciamento de riscos, os enfermeiros melhoram o cuidado ao paciente por meio de barreiras implantadas para evitar incidentes, envolvem a equipe técnica na prevenção de danos, beneficiam não só aos pacientes, mas aos colaboradores, ao meio ambiente e à própria instituição. (SIQUEIRA et al., 2015).

Para que a gestão em enfermagem resulte em segurança e qualidade assistencial, as competências denominadas liderança participativa e transformadora, decisões compartilhadas, planejamento, comunicação, negociação, trabalho em equipe, atualização, aprendizagem, capacidade de resolução de problemas, integridade das ações, cultura do processo de criação, uso de ferramentas preventivas e avaliativas, escrever e publicar experiências, deverão ser desempenhadas. (FELDMAN, 2008).

Ao desempenhá-las, os enfermeiros devem diferenciar as ações de gestão da qualidade e gestão de riscos. As ações de gestão da qualidade têm objetivo resolutivo quanto às não conformidades e almejam a excelência. Por sua vez, as ações de segurança do paciente têm objetivo de prevenir riscos e minimizar danos. Ao sistematizar a assistência por meio de protocolos e procedimentos pré-definidos (características da gestão da qualidade), o enfermeiro atuará de forma preventiva e minimizará a ocorrência de falhas, o que resulta em assistência segura, e naturalmente gerenciará riscos. (SIQUEIRA et al., 2015).

Segundo Adamy et al. (2018, p. 272) “o processo de enfermagem, por si só, constitui um dispositivo transversal às metas de segurança do paciente e está diretamente relacionado à qualificação da assistência de enfermagem.”

Define-se o cuidado como o *status quo* da enfermagem, e sabe-se que a segurança é base e requisito para a qualidade do cuidado. A sistematização da assistência faz-se por meio das atividades privativas do enfermeiro, e acredita-se que o processo de enfermagem garante a qualificação da assistência. Portanto, as recomendações atuais, tais como gerenciamento de riscos e protocolos, integradas ao processo de enfermagem, colaboram na aplicação das melhores práticas e na eficácia assistencial. (ADAMY et al., 2018).



Reconhece-se o papel do enfermeiro de gerenciador da segurança e qualidade do cuidado. Ao executar o processo de enfermagem, o enfermeiro garante a continuidade da assistência, proporciona reflexão acerca dos resultados esperados e das dificuldades encontradas para atingi-los, direciona a equipe de saúde para as práticas seguintes, que deverão manter o foco na garantia da qualidade e segurança. (ADAMY et al., 2018).

Logo, os enfermeiros integram os processos de gestão da qualidade naturalmente, pois os princípios da assistência de qualidade estão atrelados às práticas e ações fundamentais de enfermagem. Enfermeiros competentes à implementação da qualidade, e empoderados para atuar com este foco, vão além das práticas comuns de gerenciamento e beneficiam as instituições, os pacientes, os profissionais envolvidos na assistência e contribuem para o avanço das políticas de segurança assistencial. (COSTA, 2011).

As ações que refletem o fazer com qualidade são denominadas melhores práticas. Fortalecem a gestão de enfermagem por meio de ações efetivas; sistematizam a assistência de forma clara, com definições e com legibilidade; e concretizam a interdependência entre melhores práticas, gerenciamento de risco e qualidade hospitalar. (COSTA, 2011).

O estudo de Costa (2011) buscou identificar as melhores práticas adotadas pelos enfermeiros gestores em programas de gerenciamento de risco. Evidenciou-se que, ações de educação, análise crítica da realidade e múltiplas dimensões da gestão são ações capazes de promover a prática segura, respaldada cientificamente, que resulte em qualidade assistencial e satisfação do paciente, representadas na FIGURA 5.

O Enfermeiro é o elo da cadeia assistencial. Ao enfermeiro competente sistematizar a assistência, zelar pela segurança e qualidade, acionar a equipe interdisciplinar, otimizar a alta efetiva (na qual o paciente retorna ao domicílio em tempo devidamente condizentes à sua enfermidade) e gerenciar os riscos que permeiam a estrutura conhecida como internamento hospitalar.

Para a concretização do protagonismo descrito, os profissionais enfermeiros devem exercer liderança nas múltiplas dimensões do cuidado, não somente na dimensão técnica. O resultado da assistência depende de ações de gestão de pessoas, processos e custos; de ações de educação, capacitação e

desenvolvimento. Haja vista que comprovadamente existem riscos ao paciente em hospitais, é necessário identificá-los, analisá-los, avaliá-los, tratá-los e preveni-los.

FIGURA 5 – MELHORES PRÁTICAS DO ENFERMEIRO GESTOR



FONTE: COSTA (2011).

Entendem-se que para a completude do desempenho das atribuições do profissional enfermeiro, é necessário exercer o gerenciamento dos riscos para não somente possibilitar tratamento e cura, mas assistência de excelência ao resguardar a segurança do paciente.

### 3 MÉTODO

Neste capítulo apresenta-se o método utilizado no desenvolvimento desta pesquisa de abordagem quantitativa, descritiva e exploratória.

A pesquisa quantitativa destaca o pensamento lógico dedutivo e permite medir a experiência humana por meio da conversão dos conceitos em variáveis, resultando em evidências. (RIBEIRO; RIBEIRO, 2015). Representa matematicamente um grupo ou população, descreve fatos, direciona-se às causas e estabelece correlações estatísticas causais, utiliza-se de escalas e classificações, exige rigor na reprodução dos resultados, apresenta-se em linguagem matemática organizada (quadros, gráficos, tabelas), permite validar ou invalidar hipóteses, e é concluída por meio de generalizações. (LACERDA; COSTENARO, 2015).

A pesquisa descritiva fornece informações sobre o que se deseja pesquisar (neste caso, as ações de gerenciamento de risco por enfermeiros na gerência da assistência de enfermagem em unidades de terapia intensiva) e descrever os fatos correlação à determinada realidade. (TRIVIÑOS, 1987). Este tipo de pesquisa tem objetivo de descrever as características de um grupo, os fenômenos ocorridos ou a relação entre estas variáveis, incluindo ainda a possibilidade de explicar a natureza desta relação. (GIL, 2008).

Pesquisas de natureza exploratória descritiva são geralmente executadas a partir de questionamentos que surgiram da observação da atividade, por pesquisadores que estão interessados em atuações práticas. O traço descritivo observa, descreve e documenta o fenômeno. Pode sondar crenças, opiniões e atitudes, sem obrigação de explicar os fenômenos. (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2015).

A face exploratória permite expor com exatidão os fatos e características de determinada situação ou realidade que se familiarize com o problema, com objetivo de tornar o problema mais explícito. Portanto, pesquisas exploratórias descritivas descrevem elementos relacionados à qualidade dos serviços, e desta forma, guiam as iniciativas que de fato resultem em melhorias da assistência em saúde. (COSTA; LOCKS; GIRONDI, 2015).

### 3.1 CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada em um hospital geral, de ensino, de natureza jurídica administração pública, mantido pela Universidade Federal do Paraná, na Cidade de Curitiba – PR, de nível assistencial terciário, com atividade ambulatorial e de internação hospitalar, com aproximadamente 375 leitos ativos, que atende demanda espontânea e referenciada, exclusivamente pelo SUS, por meio de contrato de gestão de metas, considerado referência para casos de médio e alto risco. (CNES, 2019).

Atualmente, o hospital representa a maior prestação de serviços do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Paraná, sendo o maior hospital em número de leitos no estado, realizando uma média mensal de 60.920 mil atendimentos, com um índice de 1.464 internações e 837 cirurgias. No cenário brasileiro, é o terceiro maior hospital universitário, e por ser referência para alguns tratamentos de alta complexidade, recebe pacientes de todos os estados do Brasil. (EBSERH, 2019).

Tem por missão, ser referência de excelência na formação de profissionais de saúde, na atenção à saúde, na inovação tecnológica e sustentabilidade, atendendo com inserção e integração na rede de serviços de saúde e nas necessidades da população. A visão para futuro é ser o melhor complexo hospitalar público de ensino e assistência em saúde, em todos os níveis de atenção, do país, acreditado com excelência. Declara como valores comportamento ético, compromisso com o ensino e pesquisa, gestão participativa e sustentável, humanização, qualidade e segurança (EBSERH, 2019).

De acordo com a última atualização do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), realizado em 09/12/2019, disponibiliza no geral 618 leitos, dispostos em leitos Complementares (113 leitos divididos entre unidade de cuidados intermediários adulto, unidade de cuidados intermediários neonatal canguru, unidade de cuidados intermediários neonatal convencional, unidade isolamento, UTI Adulto, UTI Neonatal e UTI Pediátrica), leitos Cirúrgicos (151 leitos), leitos Clínicos (233 leitos), leitos Hospital Dia (18 leitos), leitos Obstétricos (38 leitos) e leitos Pediátricos (65 leitos). (CNES, 2019).

A listagem de profissionais relata o total de 5.335 empregados cadastrados. Destes, o quadro de enfermagem consta de 1.726 profissionais, divididos de acordo com suas atividades em 556 enfermeiros, 14 enfermeiros obstétricos, 07

enfermeiros de terapia intensiva, 05 enfermeiros nefrologistas, 03 enfermeiros neonatologistas, 01 enfermeiro auditor, 645 técnicos de enfermagem, 495 auxiliares de enfermagem. (CNES, 2019).

Desde outubro de 2014 o hospital compõe à rede de hospitais gerenciados pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), organização pública vinculada ao Ministério da Educação, parte de um conjunto de ações do Governo Federal com objetivo de restabelecer os hospitais vinculados às universidades federais. Entre os objetivos do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (Rehuf), destacam-se a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos e o aprimoramento das atividades vinculadas ao ensino, pesquisa, extensão e à assistência à saúde. (EBSERH, 2019).

A partir do contrato de gestão com a EBSERH, em 2014, os trabalhadores do hospital passaram a ser contratados via concurso público, sendo o primeiro deles em maio de 2015. Desta forma, o corpo de servidores vem sendo ampliado e diversificado, composto por profissionais naturais de diferentes estados brasileiros. (EBSERH, 2019).

O critério de escolha do local é devido ao fato de que, neste hospital, os gestores estão envolvidos com a melhoria e qualidade dos serviços desde 2003, sendo que em 2010 consolidaram-se as iniciativas relacionadas à Segurança do Paciente por meio da criação da Assessoria de Gestão da Qualidade (AGQ). A implantação do Núcleo de Segurança do Paciente ocorreu em 2013, bem como a criação de um sistema para gerenciamento de risco (DA ROCHA, 2013).

Atualmente, o sistema de gestão de riscos é gerenciado pela Unidade de Gestão de Riscos Assistenciais (UGRA), do Setor de Vigilância e Segurança do Paciente (SEVISP).

### 3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA E RECRUTAMENTO

Os participantes da pesquisa foram os enfermeiros que atuam exercendo a assistência em Unidades de Terapia Intensiva (CTI Adulto, CTI Cirúrgico, UTI Neonatal, UTI Pediátrica, UTI Cardiológica), que prestam cuidados ao paciente, que organizam a assistência por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem ou ainda, aqueles que gerenciam a assistência por meio de supervisão,

coordenação, atividades administrativas ou de chefia de Unidades de Terapia Intensiva.

A escolha da amostra foi intencional e seguiu critérios de decisão sobre quais participantes deveriam estar inseridos, quais partes dos dados deverão ser interpretadas e quais dados demonstram melhor as descobertas. (LACERDA; COSTENARO, 2015).

Foram convidados a participar da pesquisa os enfermeiros que preenchessem os critérios de inclusão: ser enfermeiro em Unidade de Terapia Intensiva; exercer atividades de cuidados diretos ao paciente, de organização da assistência por meio da Sistematização da Assistência de Enfermagem ou de gerência da assistência por meio de supervisão, coordenação, atividades administrativas ou de chefia da Unidade de Terapia Intensiva; estar na função por no mínimo seis meses.

O primeiro contato foi realizado presencialmente com as Chefias das Unidades de Terapia Intensiva, para as quais foi solicitada autorização para envio de cartas-convites (Apêndice 1) aos enfermeiros. Estas continham explicações gerais sobre a pesquisa e foram enviadas por meio de endereços eletrônicos (e-mail).

Em seguida, foi enviado aos participantes outro e-mail que disponibilizava o *link* para acesso à plataforma eletrônica Google Forms®. O questionário foi precedido pelo aceite ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) eletrônico (Apêndice 2) como pré-requisito para continuidade de participação.

Para explanações sobre a pesquisa e esclarecimentos de dúvidas, a pesquisadora visitou as unidades participantes em momentos agendados com as enfermeiras responsáveis. Nestes encontros foram disponibilizados questionários impressos, condicionados à assinatura do TCLE, àqueles participantes que relataram preferir responder o questionário em meio físico.

Os participantes foram identificados pela letra P seguida de número cardinal, conforme a ordem do preenchimento do questionário de pesquisa, de modo a garantir o anonimato.

Foram convidados estimadamente 93 enfermeiros, sendo 31 enfermeiros do Centro de Terapia Intensiva (CTI) I e II, 28 enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, 17 enfermeiros do Centro de Terapia Semi – Intensiva (CTSI), 10 enfermeiros da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e 7 enfermeiros da Unidade Coronariana. Considera-se que alguns indivíduos podem não ter recebido o convite eletrônico por alterações do endereço e/ou não estiveram presentes nas

visitas da pesquisadora à unidade por ocasião de férias, folgas, licenças ou afastamentos.

Houve o aceite de resposta à pesquisa por 41 enfermeiros. No entanto, 01 questionário não foi totalmente respondido e por isso não contemplou os quesitos necessários para compor a amostra, sendo excluído da pesquisa.

O tamanho da amostra foi calculado por profissional estatístico por meio do percentual de profissionais que concordaram com a afirmação que melhor traduz o objetivo da pesquisa (“na unidade em que trabalho, o processo de gerenciamento dos riscos relacionados à assistência à saúde está claro”). Considerou-se a estimativa de 88% para este percentual (obtido a partir dos 15 primeiros participantes entrevistados) e considerou-se que a amostra obtida, de 40 participantes, foi suficiente para estimar o nível de 95% de confiança.

### 3.3 ASPECTOS ÉTICOS

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, aprovou o projeto de pesquisa em 02 de outubro de 2019 sob número CAAE: 17282219.7.0000.0096 (Anexo 1).

Os enfermeiros convidados realizaram a leitura e aceite (nos casos de questionários online) ou assinatura (nos casos de questionários impressos) do TCLE, conforme as recomendações legais.

A identidade dos participantes permanece no anonimato. Foram esclarecidos os objetivos da participação na pesquisa, respeitou-se o desejo de não participação ou desistência de participação em qualquer momento do desenvolvimento da pesquisa. Sendo assim, considera-se que no que tange aos princípios éticos, todos os direitos dos participantes foram respeitados.

### 3.4 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de 02 de outubro a 01 de novembro de 2019, por meio da plataforma eletrônica Google Forms®, e no período de 04 de novembro a 15 de novembro, por meio de questionário impresso.



Atualmente as pesquisas realizadas por meio digital são comuns, pois a internet faz parte da vida das pessoas e o recebimento do questionário via correio eletrônico proporciona conforto e praticidade. A estratégia digital pode facilitar a coleta de dados não somente ao pesquisador, mas principalmente para o participante, que não necessitará despendar seu tempo pessoal ou parar as atividades profissionais para responder às questões de pesquisa. (VIEIRA; CASTRO; SCHUCH, 2010).

Para obtenção dos dados utilizou-se um instrumento semiestruturado, elaborado pelas pesquisadoras (Apêndice 3). O instrumento fora anteriormente encaminhado a pares do grupo de pesquisa do qual as pesquisadoras fazem parte para análise e sugestões. As sugestões dispensadas foram acatadas.

Para elaboração do instrumento utilizou-se como referencial a publicação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária sobre Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde, sendo este o volume 7 da série de publicações relacionadas à Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde. (BRASIL, 2017b).

A formulação das questões seguiu a ordem das etapas de gerenciamento de riscos e as recomendações à sua implantação, apresentadas na Norma ISO 31000 e corroboradas no documento ANVISA, são elas: identificação, análise, avaliação, monitoramento, tratamento e comunicação de riscos, também denominadas como o conjunto de atividades para gerenciamento de riscos. (ABNT NBR ISO 31000, 2009; BRASIL, 2017b).

As recomendações de cada etapa foram redigidas e adaptadas em afirmações que pudessem demonstrar a concordância ou discordância do profissional enfermeiro frente àquela sentença. Portanto, o instrumento formulado apresentou-se autoexplicativo, com itens objetivos a serem respondidos em uma Escala tipo Likert

A Escala Likert se trata de somatória ordinal que fornece um tipo de magnitude para as cinco categorias, desde a mais baixa (discordo totalmente) à mais alta (concordo totalmente). Possibilita a medição de atitudes por meio de afirmações que revelam a relação entre o grupo e o objeto pesquisado. Permite medir o nível de concordância, a frequência de uma atividade, a importância atribuída à atividade, a probabilidade de realização de determinadas ações e a



avaliação do grupo pesquisado sobre um serviço, empresa ou produto. (LUCIAN; DORNELAS, 2015).

Os resultados foram descritos por frequências e percentuais. Para a avaliação da associação entre variáveis de perfil do participante e itens sobre gerenciamento de riscos assistenciais foi usado o Teste Exato de Fisher. Para o teste foram consideradas as respostas “discordo” e “concordo”. Valores de  $p < 0,05$  indicaram significância estatística. Os dados foram analisados com o programa computacional Stata/SE® v.14.1. StataCorpLP®, USA.

Com apoio de profissional estatístico utilizou-se o Teste do Coeficiente Alfa de Cronbach para análise da consistência interna entre todos os itens ( $n=54$ ) do questionário de pesquisa. Os valores do teste variam de 0 a 1,0; quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade. O resultado da consistência dos itens e a confiabilidade das respostas obtida foi o Coeficiente Alfa de Cronbach igual a 0,92.

## 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresenta-se a análise descritiva com estimativa de frequências das variáveis sociodemográficas e das respostas aos itens do questionário. São apresentados os comentários a alguns itens e, por fim, as análises estatísticas da relação entre variáveis sociodemográficas com respostas a alguns itens.

### 4.1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Na Tabela 1 constam a análise descritiva das variáveis de identificação sociodemográfica que caracterizam o perfil dos participantes da pesquisa.

TABELA 1 - ESTATÍSTICAS DESCRITIVAS DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS (n=40)

VARIÁVEL	CLASSIFICAÇÃO	N	%
IDADE (ANOS)	20-30	13	32,5
	31-40	14	35
	≥ 41	13	32,5
GÊNERO	Feminino	31	77,5
	Masculino	9	22,5
NÍVEL ESCOLARIDADE	Graduação	3	7,5
	Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>	24	60
	Mestrado	10	25
	Doutorado	3	7,5
NÍVEL ESCOLARIDADE (AGRUPADO)	Graduação/ Pós-Graduação <i>Lato Sensu</i>	27	67,5
	Mestrado/Doutorado	13	32,5
ATIVIDADE COMO ENFERMEIRO	Enfermeiro	23	57,5
	Enfermeiro Assistencial	8	20
	Chefia ou Supervisão de Unidade	7	17,5
	Gestão	2	5
ASSISTÊNCIA DIRETA	Sim, presto assistência direta ao	31	77,5
	Não, presto assistência ao paciente por meio de atividades administrativas	9	22,5
TEMPO DE FORMADO (ANOS)	0 – 10	18	45
	> 10	22	55
TEMPO DE TRABALHO NO HOSPITAL (ANOS)	0 – 10	33	82,5
	> 10	7	17,5
TEMPO TRABALHO UTI (ANOS)	0 – 10	34	85
	> 10	6	15

FONTE: dados da Pesquisa (2019).

## 4.2 RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES AOS ITENS DO QUESTIONÁRIO

Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva dos dados com estimativa de frequência de todas as variáveis do questionário, segundo as categorias de respostas possíveis.

### 4.2.1 Contexto e Identificação de risco

QUADRO 2 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS AO CONTEXTO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCO

Item 1 (ICI 1)	Frequentemente sou informada (o) sobre os dados históricos relacionados aos incidentes relacionados à assistência à saúde ocorridos na unidade
Item 2 (ICI 2)	Na Unidade em que trabalho, o processo de gerenciamento dos riscos relacionados à assistência à saúde está claro
Item 3 (ICI 3)	O processo de gerenciamento de riscos relacionados à assistência à saúde, na UTI é informado a todos os colaboradores, incluindo seus objetivos e a definição das responsabilidades de cada membro da equipe
Item 4 (ICI 4)	Foram definidos critérios para identificarmos os riscos relacionados à assistência à saúde em nossa unidade
Item 5 (ICI 5)	Com base nos incidentes que ocorrem em nossa unidade, podemos perceber quais são as situações que criam ou aumentam os riscos relacionados à assistência à saúde, bem como as ações que evitam ou reduzem os incidentes
Item 6 (ICI 6)	A utilização de escalas, como por exemplo Braden ou Hendrich II, colaboram na identificação dos riscos. Na unidade em que eu trabalho, frequentemente utilizamos escalas para a identificação dos riscos
Item 7 (ICI 7)	Conheço os principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho

FONTE: A autora (2020).

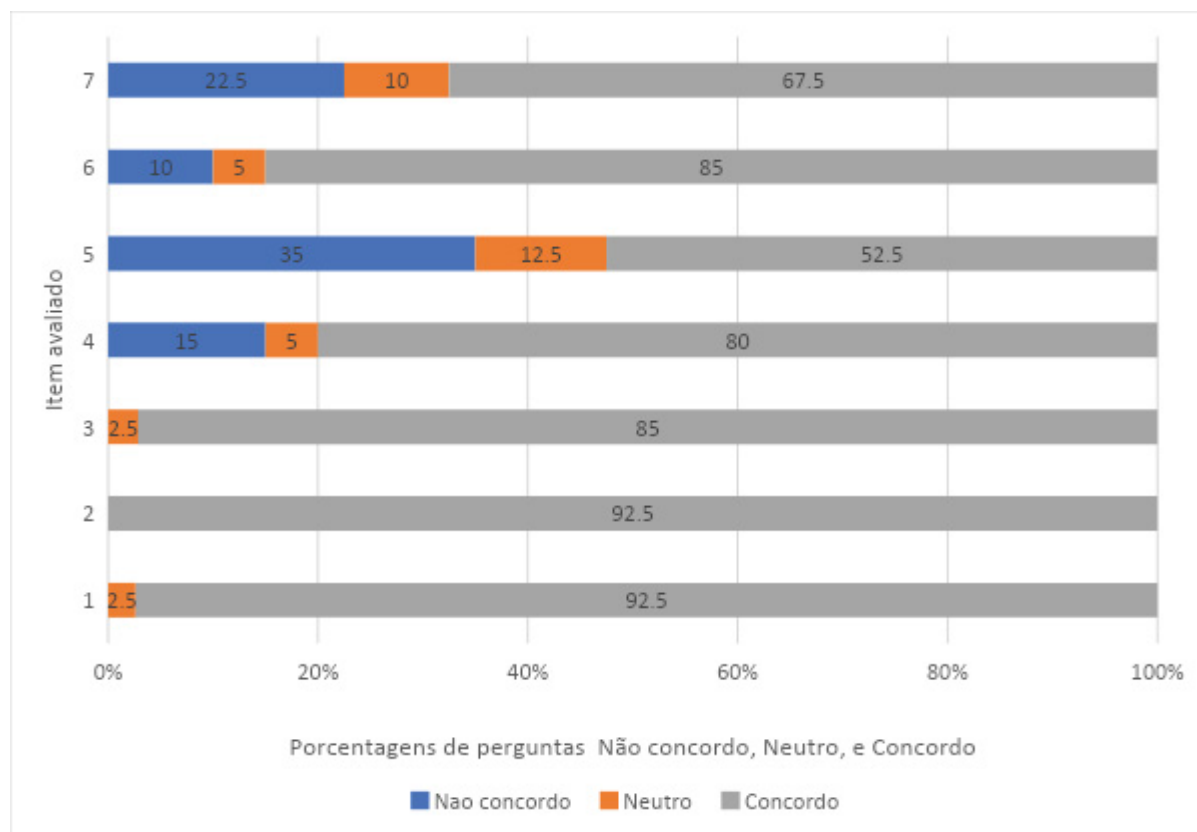
Na Tabela 2 e no Gráfico 1 apresentam-se as Frequências de respostas discordantes (discordo totalmente e discordo parcialmente), neutras (não concordo nem discordo) e concordantes (concordo totalmente e concordo parcialmente). Destaca-se que houve altas concordâncias (>80,01%) dos participantes em cinco itens (ICI2, ICI4, ICI5, ICI6, ICI7, e baixas concordâncias (< 70%) em dois itens (ICI3 e ICI1).

TABELA 2 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE O CONTEXTO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS

ITEM	NÃO CONCORDO		NEUTRA		CONCORDO	
	N	%	N	%	N	%
ICI 1	9	22,5	4	10	27	67,5
ICI 2	4	10	2	5	34	85
ICI 3	14	35	5	12,5	21	52,5
ICI 4	6	15	2	5	32	80
ICI 5	5	12,5	1	2,5	34	85
ICI 6	3	7,5	0	0	37	92,5
ICI 7	2	5	1	2,5	37	92,5

FONTE: dados da Pesquisa (2019).

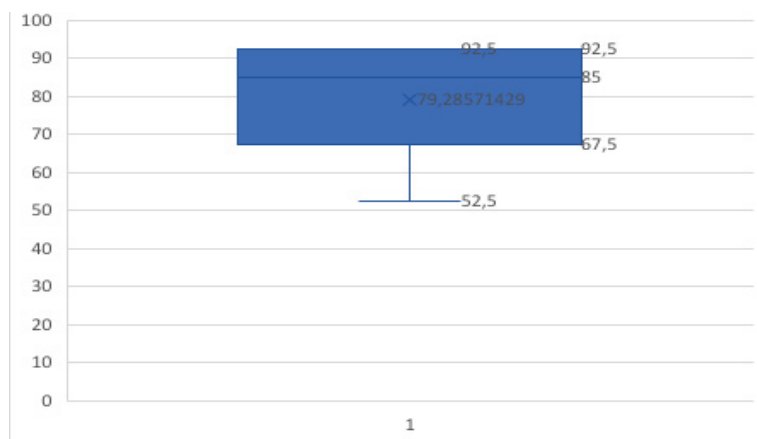
GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE CONTEXTO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS



FONTE: dados da Pesquisa (2019).

No Boxplot (Gráfico 2) observa-se que as concordâncias dos participantes relativas aos itens sobre o contexto e identificação de riscos relacionados à assistência à saúde nas UTI variaram de 52,5% a 92,5% com mediana de 79,29%, média de 85 e desvio padrão de 14,56.

GRÁFICO 2 – BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE CONTEXTO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS



FONTE: dados da Pesquisa (2019).

#### 4.2.2 Análise e avaliação de riscos

QUADRO 3 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS À ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE RISCOS

Item 1 (IAA 1)	Compreendo a fonte e a causa dos principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho
Item 2 (IAA 2)	Compreendo as consequências dos principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho
Item 3 (IAA 3)	A análise dos riscos ou incidentes possibilita que a identificação de pontos fracos, processos falhos e ações corretivas. Participo frequentemente de análises de riscos ou incidentes relacionados à assistência à saúde ocorridos na unidade em que eu trabalho
Item 4 (IAA 4)	Quando ocorre um incidente na unidade, facilmente conseguimos avaliar se a falha foi pontual (humana) ou do processo (latentes ou sistêmicas)
Item 5 (IAA 5)	Quando ocorre um incidente na unidade, facilmente conseguimos avaliar se a falha foi pontual (humana) ou do processo (latentes ou sistêmicas)
Item 6 (IAA 6)	Quando temos incidentes graves na unidade, uma equipe multidisciplinar discute o caso, proporcionando uma investigação mais detalhada
Item 7 (IAA 7)	Quando temos incidentes graves na unidade, uma equipe multidisciplinar discute o caso, proporcionando uma investigação mais detalhada
Item 8 (IAA 8)	Quando recebemos notificações, investigamos e analisamos o que pode ter levado à falha junto à equipe envolvida na assistência ao paciente
Item 9 (IAA 9)	Ao identificar fragilidades no processo assistencial, procuramos planejar ações que possam evitar que as falhas aconteçam

FONTE: A autora (2020).

Na Tabela 3 e no Gráfico 3 apresentam-se as Frequências de respostas discordantes (discordo totalmente e discordo parcialmente), neutras (não concordo nem discordo) e concordantes (concordo totalmente e concordo parcialmente). Destaca-se que houve altas concordâncias (>80,01%) dos participantes em três itens (IAA, IAA2, IAA9), moderadas concordâncias (entre 70% e 80%) em dois itens (IAA3 e IAA7) e baixas concordâncias (< 70%) nos outros quatro itens.

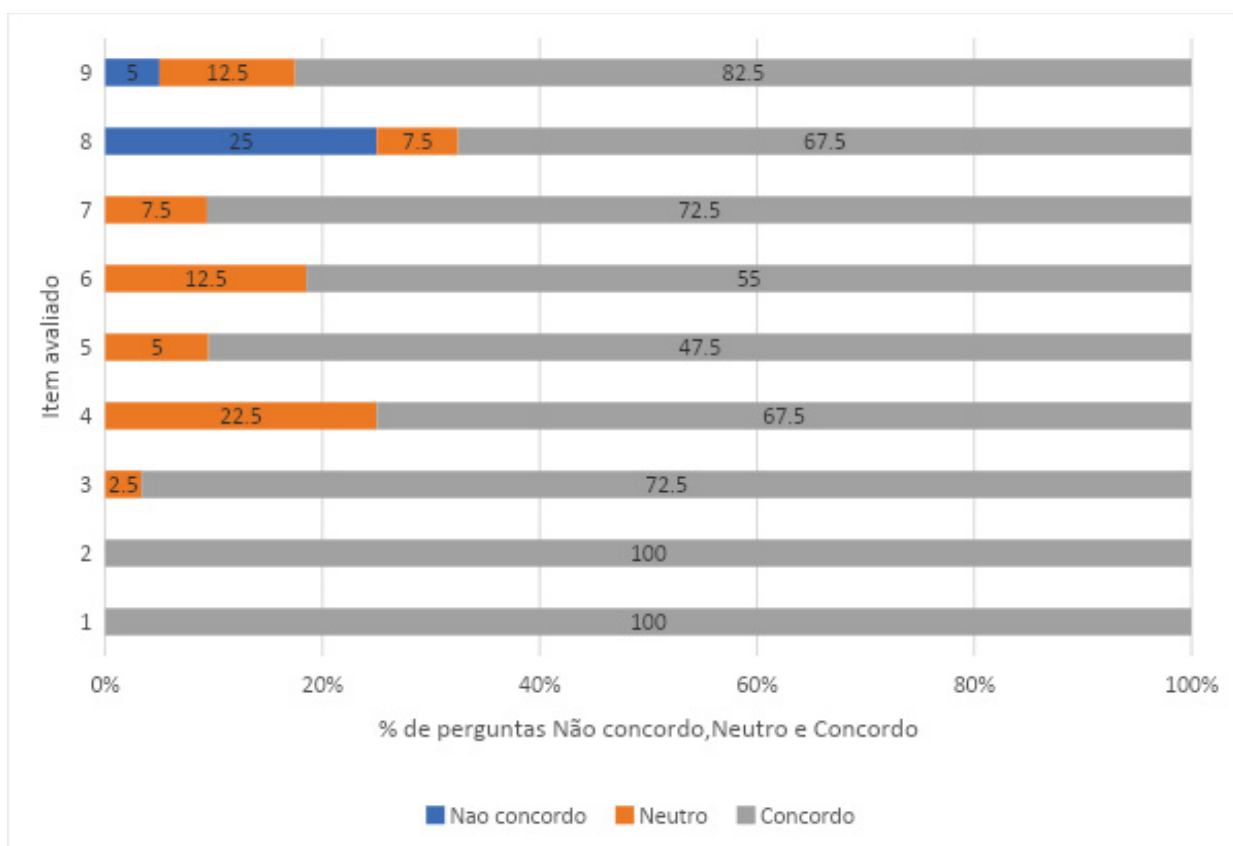
TABELA 3 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE RISCOS

ITEM	NÃO CONCORDO		NEUTRA		CONCORDO	
	N	%	N	%	N	%
IAA 1	0	0	0	0	40	100
IAA 2	0	0	0	0	40	100
IAA 3	10	25	1	2,5	29	72,5
IAA 4	4	10	9	22,5	27	67,5
IAA 5	19	47,5	2	5	19	47,5
IAA 6	13	32,5	5	12,5	22	55
IAA 7	8	20	3	7,5	29	72,5
IAA 8	10	25	3	7,5	27	67,5
IAA 9	2	5	5	12,5	33	82,5

FONTE: dados da Pesquisa (2019).

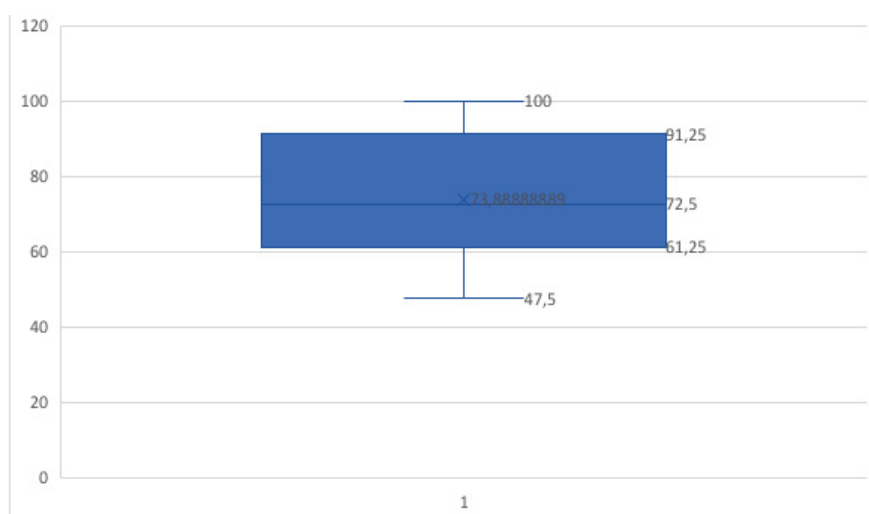
No Boxplot (Gráfico 4) observa-se que as concordâncias dos participantes relativa aos itens sobre análise e avaliação de riscos à assistência à saúde nas UTI variaram de 47,5% a 100% com mediana de 73,89%, média de 72,5 e desvio padrão de 17,95.

GRÁFICO 3 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE RISCOS



FONTE: dados da Pesquisa (2019).

GRÁFICO 4 – BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE RISCOS



FONTE: dados da Pesquisa (2019).

### 4.2.3 Tratamento de riscos

QUADRO 4 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS AO TRATAMENTO DE RISCOS

Item 1 (IT 1)	Na unidade em que trabalho costumamos identificar quais barreiras contribuíram para evitar incidentes
Item 2 (IT 2)	Ao identificarmos falhas sistêmicas ou latentes em nossos processos, procuramos corrigi-las, evitando a recorrência do incidente
Item 3 (IT 3)	Quando identificamos uma probabilidade indesejada de dano relacionado à assistência à saúde, tratamos o risco para proteger os pacientes
Item 4 (IT 4)	Na unidade em que trabalho, procuramos aplicar as melhores práticas, baseadas em evidências, para minorar os riscos relacionados à assistência à saúde
Item 5 (IT 5)	Contamos com profissionais em funções de gestão que suportam os controles (tais como treinamento e inspeção) dos riscos relacionados à assistência à saúde
Item 6 (IT 6)	Ao percebermos riscos recorrentes relacionados à assistência à saúde, estruturamos planos de ação com base na identificação das causas principais e dos fatores contribuintes para as falhas
Item 7 (IT 7)	Após a definição do tratamento dos riscos relacionados à assistência à saúde, costumamos avaliar a eficácia do tratamento escolhido
Item 8 (IT 8)	Ao avaliar o tratamento escolhido para minimizar um risco relacionado à assistência à saúde, é possível detectar se o mesmo não é eficaz. Caso isto ocorra, costumamos revisar o tratamento dos riscos

FONTE: A autora (2020).

Na Tabela 4 e no Gráfico 5 apresentam-se as Frequências de respostas discordantes (discordo totalmente e discordo parcialmente), neutras (não concordo nem discordo) e concordantes (concordo totalmente e concordo parcialmente). Destaca-se que houve altas concordâncias (>80,01%) dos participantes em três itens (IT2, IT3, IT4), moderada (entre 70,01% e 80%) em um item (IT1) e baixas concordâncias (< 70%) nos demais quatro itens.

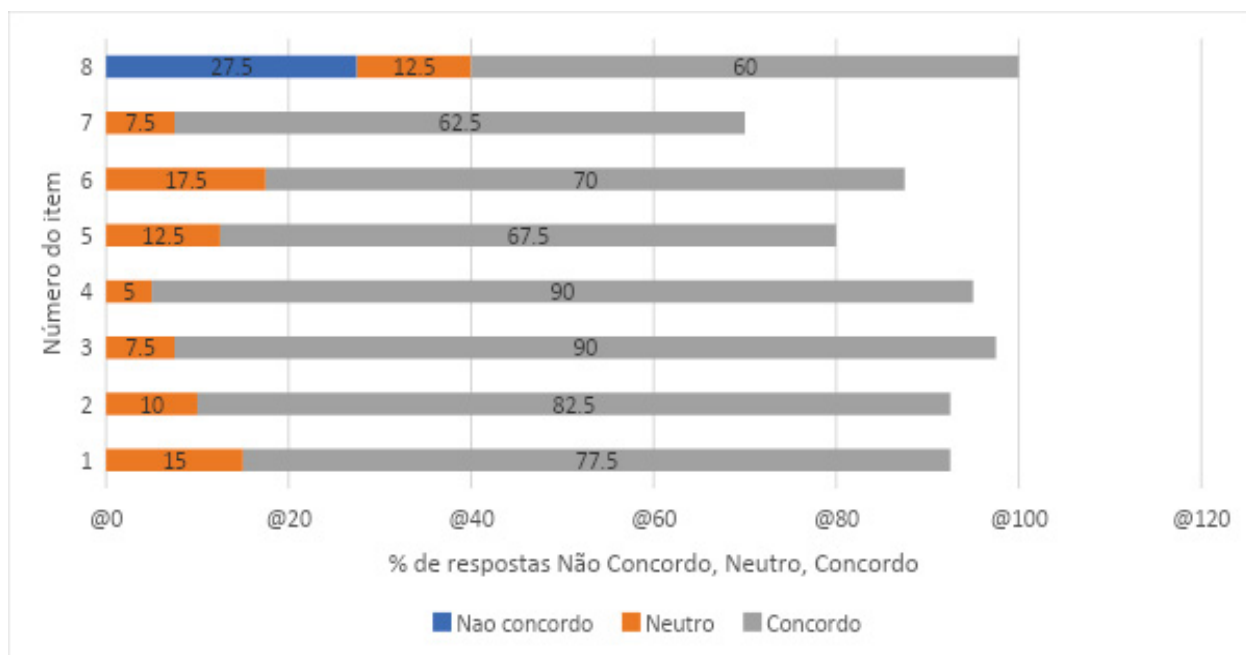
TABELA 4 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE TRATAMENTO DE RISCOS

ITEM	NÃO CONCORDO		NEUTRA		CONCORDO	
	N	%	N	%	N	%
IT 1	3	7,5	6	15	31	77,5
IT 2	3	7,5	4	10	33	82,5
IT 3	1	2,5	3	7,5	36	90
IT 4	2	5	2	5	36	90
IT 5	8	20	5	12,5	27	67,5
IT 6	5	12,5	7	17,5	28	70
IT 7	12	30	3	7,5	25	62,5
IT 8	11	27,5	5	12,5	24	60

FONTE: dados da Pesquisa (2019).



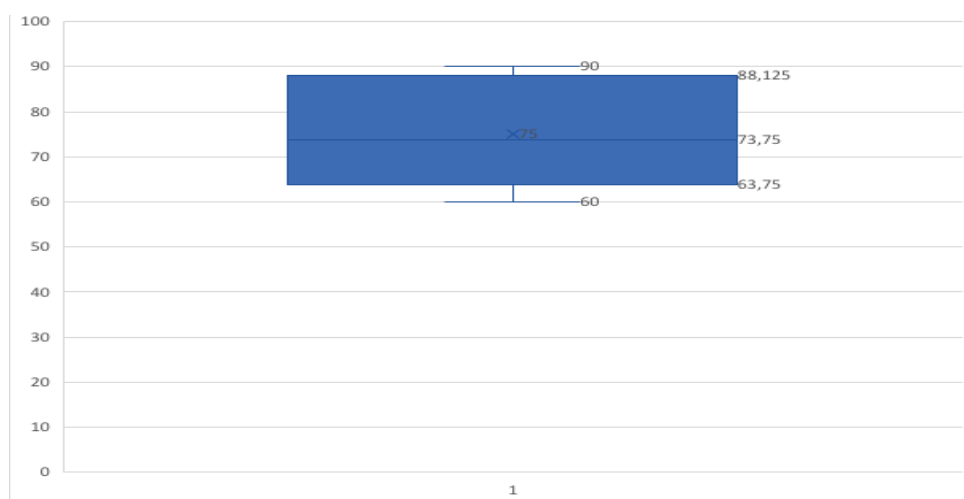
GRÁFICO 5 FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE TRATAMENTO DE RISCOS



FONTE: dados da Pesquisa (2019).

No Gráfico 6 observa-se que as concordâncias dos participantes relativas aos itens sobre tratamento de riscos relacionados à assistência à saúde nas UTI variaram de 60% a 90% com média de 75%, e desvio padrão de 11,80. E no Boxplot (Gráfico 6) observa-se que as concordâncias dos participantes relativa aos itens sobre análise e avaliação de riscos à assistência à saúde nas UTI variaram de 60% a 90% mediana de 75, média de 73,75% e desvio padrão de 17,95.

GRÁFICO 6 – BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE TRATAMENTO DE RISCOS



FONTE: dados da Pesquisa (2019).

#### 4.2.4 Monitoramento dos riscos e incidentes

QUADRO 5 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS AO MONITORAMENTO

Item 1 (IM 1)	Na unidade em que trabalho procuramos acompanhar e monitorar o desempenho de barreiras implantadas para os principais riscos do processo assistencial
Item 2 (IM 2)	A fim de identificar mudanças no desempenho das ações para minorar os riscos relacionados à assistência à saúde, realizamos verificação e supervisão da eficácia das ações planejadas
Item 3 (IM 3)	Para medir o desempenho do gerenciamento de riscos utilizamos indicadores, que são analisados criticamente, de forma periódica, para garantir sua adequação
Item 4 (IM 4)	Na unidade em que atuo, medimos periodicamente o progresso obtido, ou o desvio, em relação ao planejamento de ações de gerenciamento de risco
Item 5 (IM 5)	Frequentemente, comunicamos sobre os riscos e o progresso do planejamento de ações de gerenciamento de risco ao setor responsável pela gestão de riscos institucional (UGRA)
Item 6 (IM 6)	O monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde envolve a notificação dos incidentes ao setor responsável pela gestão de riscos institucional (UGRA)
Item 7 (IM 7)	As frequências dos riscos relacionados à assistência à saúde são conhecidas pela unidade em que atuo por meio do monitoramento de indicadores, e a partir deste monitoramento são estabelecidas normas, protocolos, infraestrutura ou formações específicas, a fim de evitar incidentes
Item 8 (IM 8)	O monitoramento frequente dos incidentes relacionados à assistência consiste na melhor forma de identificar os eventos de forma oportuna nos serviços de saúde
Item 9 (IM 9)	As chefias das unidades e todo o corpo de profissionais são envolvidos no monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde

FONTE: A autora (2020).

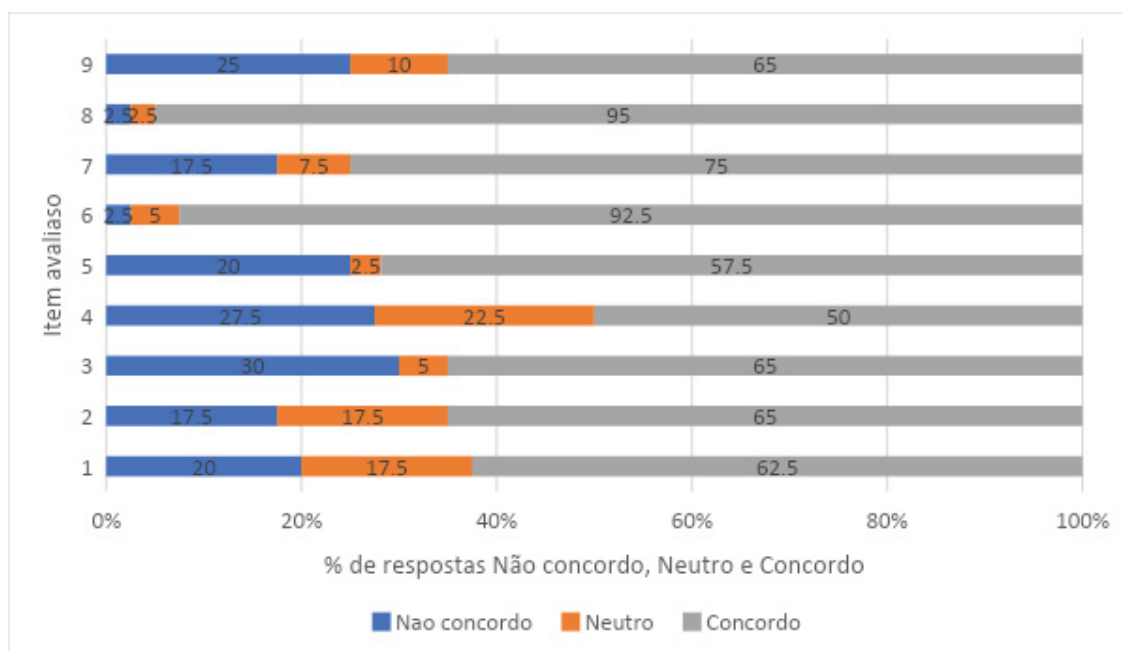
Na Tabela 5 e no Gráfico 7 apresentam-se as Frequências de respostas discordantes (discordo totalmente e discordo parcialmente), neutras (não concordo nem discordo) e concordantes (concordo totalmente e concordo parcialmente). Destaca-se que houve altas concordâncias (>80,01%) dos participantes em dois itens, moderada (entre 70% e 80%) em um item e baixas concordâncias (< 70%) em seis itens.

TABELA 5 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE MONITORAMENTO

ÍTEM	NÃO CONCORDO		NEUTRA		CONCORDO	
	N	%	N	%	N	%
IM 1	8	20	7	17,51	25	62,5
IM 2	7	17,5	7	17,5	26	65
IM 3	12	30	2	5	26	65
IM 4	11	27,5	9	22,5	20	50
IM 5	8	20	9	22,5	23	57,5
IM 6	1	2,5	2	5	37	92,5
IM 7	7	17,5	3	7,5	30	75
IM 8	1	2,5	1	2,5	38	95
IM 9	10	25	4	10	26	65

FONTE: dados da Pesquisa (2019).

GRÁFICO 7 FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE MONITORAMENTO

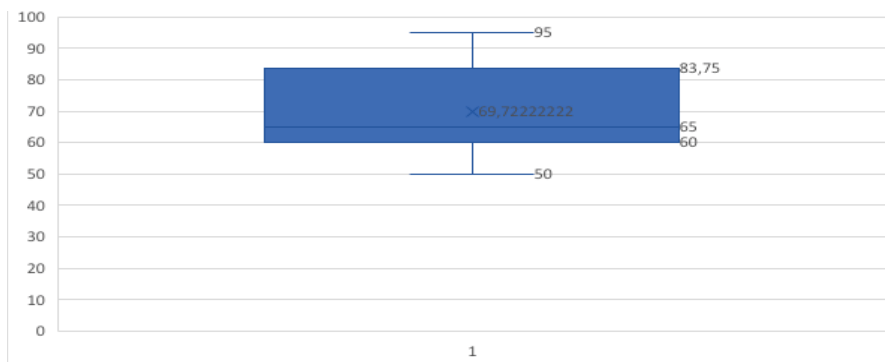


FONTE: dados da Pesquisa (2019).

No Gráfico 8 observa-se que as concordâncias dos participantes relativas aos itens sobre monitoramento de riscos relacionados à assistência à saúde nas

UTI variaram de 50% a 95% com mediana de 69,72%, média de 65 e desvio padrão de 15,96.

GRÁFICO 8 – BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE MONITORAMENTO



FONTE: dados da Pesquisa (2019).

#### 4.2.5 Comunicação acerca dos riscos

QUADRO 6 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS À COMUNICAÇÃO ACERCA DOS RISCOS

Item 1 (IC 1)	Na unidade em que trabalho, informamos aos pacientes e/ou aos seus familiares os riscos inerentes à assistência à saúde aos quais o paciente está sujeito
Item 2 (IC 2)	A equipe da qual faço parte entende a comunicação como processo contínuo, utilizado para fornecer, compartilhar ou obter informações e se envolver com relação ao gerenciamento de riscos
Item 3 (IC 3)	Na unidade em que atuo, temos clareza dos mecanismos de comunicação interna que apoiam e incentivam o gerenciamento dos riscos relacionados à assistência à saúde
Item 4 (IC 4)	As informações derivadas das ações de gerenciamento de riscos estão disponíveis na unidade e são discutidas em momentos apropriados para que todos tenham entendimento sobre as mesmas
Item 5 (IC 5)	Sempre que um incidente relacionado à assistência à saúde ocorre na unidade em que atuo, há processos de consulta às partes envolvidas
Item 6 (IC 6)	Quando o paciente sofre um incidente relacionado à assistência à saúde em nossa unidade, ele e/ou sua família são informados do ocorrido
Item 7 (IC 7)	Os incidentes relacionados à assistência à saúde ocorridos na unidade na qual eu trabalho são devidamente documentados no prontuário do paciente em questão
Item 8 (IC 8)	Para a passagem de plantão na unidade utilizamos algum (alguns) método (s) e/ou ferramenta (s) para sistematizar a comunicação e evitar falhas de comunicação.
Item 9 (IC 9)	Na unidade em que eu trabalho, encontramos recomendações relacionadas ao gerenciamento de riscos, tais como listas de verificação, protocolos, lembretes (cartazes, folders, placas), etc.
Item 10 (IC 10)	Percebo que há diretrizes que nos apoiam a evitar os incidentes relacionados à assistência à saúde, como por exemplo, eliminação do uso de medicamentos e produtos com nomes semelhantes ou embalagens parecidas, aperfeiçoamento ou modificação de software, melhorias na documentação, mecanismos de comunicação e de transferência do cuidado, mecanismos de redundância e dupla checagem, eliminação ou redução máxima de situações que favoreçam distrações, etc.

FONTE: A autora (2020).

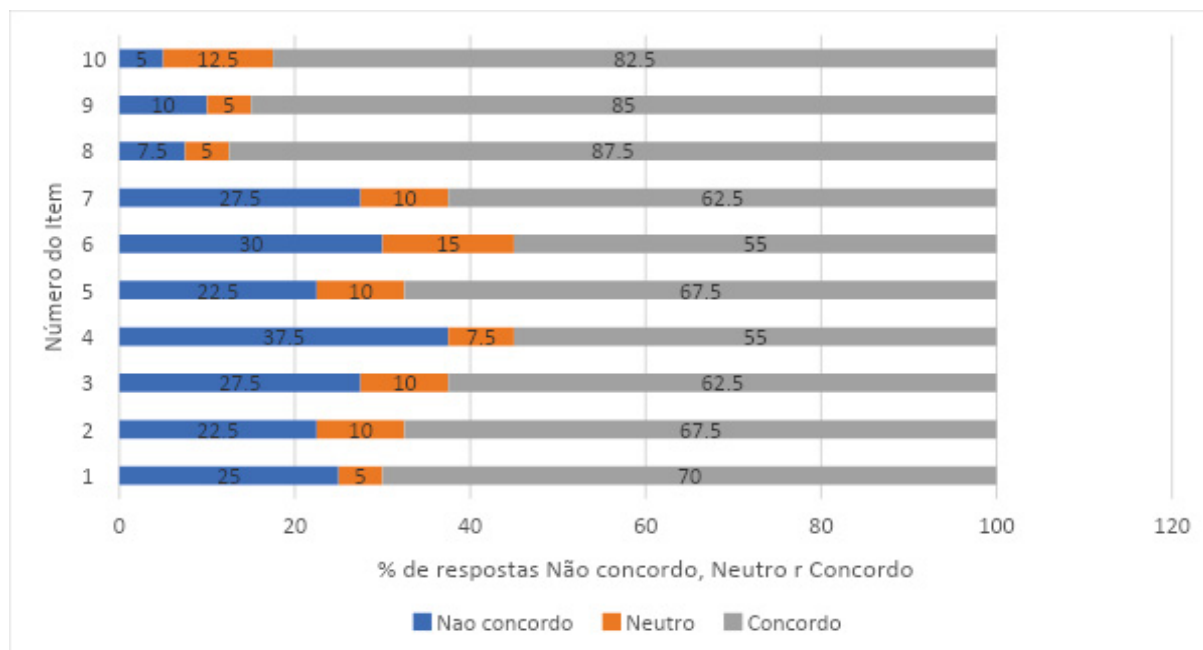
Na Tabela 6 e no Gráfico 9 apresentam-se as Frequências de respostas discordantes (discordo totalmente e discordo parcialmente), neutras (não concordo nem discordo) e concordantes (concordo totalmente e concordo parcialmente). Destaca-se que houve altas concordâncias (>80,01%) dos participantes em três itens, e baixas concordâncias (< 70%) em sete itens.

TABELA 6 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE COMUNICAÇÃO ACERCA DOS RISCOS

ÍTEM	NÃO CONCORDO		NEUTRA		CONCORDO	
	N	%	N	%	N	%
IC 1	10	25	2	5	28	70
IC 2	9	22,5	4	10	27	67,5
IC 3	11	27,5	4	10	25	62,5
IC 4	15	37,5	3	7,5	22	55
IC 5	9	22,5	4	10	27	67,5
IC 6	12	30	6	15	22	55
IC 7	11	27,5	4	10	25	62,5
IC 8	3	7,5	2	5	35	87,5
IC 9	4	10	2	5	34	85
IC 10	2	5	5	12,5	33	82,5

FONTE: dados da Pesquisa (2019).

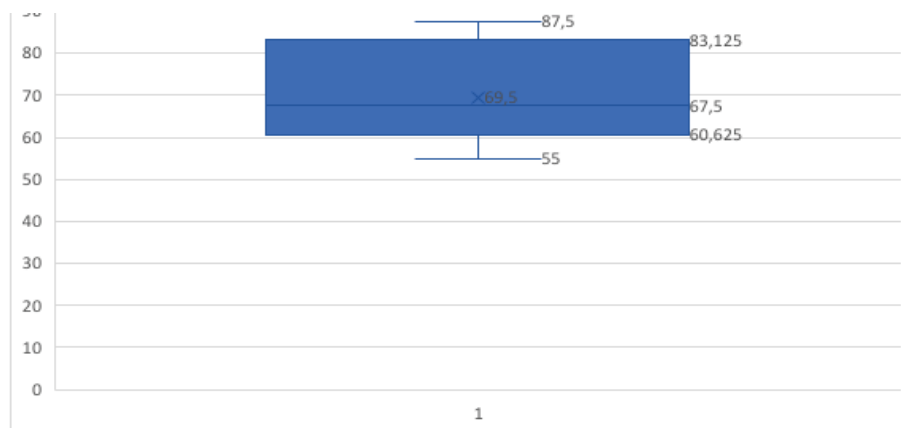
GRÁFICO 9 FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE COMUNICAÇÃO ACERCA DOS RISCOS



FONTE: dados da Pesquisa (2019).

No gráfico 10 observa-se que as concordâncias dos participantes relativas aos itens sobre comunicação de riscos relacionados à assistência à saúde nas UTI variaram de 55% a 87,5% com mediana de 69,5, média de 67,5%, e desvio padrão de 8,84.

GRÁFICO 10 – BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE COMUNICAÇÃO ACERCA DOS RISCOS



FONTE: dados da Pesquisa (2019).

#### 4.2.6 Notificação de Incidentes

QUADRO 7 – ITENS DO QUESTIONÁRIO RELATIVOS À NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Item 1 (INI 1)	Conheço a regulamentação sobre a notificação e o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, com a publicação da RDC n° 36 de 2013
Item 2 (INI 2)	Tenho ciência sobre a importância de notificações no sistema institucional próprio de notificação de incidentes do hospital (VIGIHOSP)
Item 3 (INI 3)	Tenho ciência sobre as comunicações ao Notivisa - Sistema de Informações em Vigilância Sanitária (módulo Assistência à Saúde), realizadas pela Unidade de Setor de Gestão de Riscos (UGRA)
Item 4 (INI 4)	Reconheço a importância da notificação, pois o registro das informações em tempo hábil permite um fluxo mais ágil de comunicação, a adoção de medidas oportunas e a efetividade do sistema de vigilância
Item 5 (INI 5)	Sempre que possível, promovo a notificação dos incidentes relacionados à segurança do paciente entre os membros da equipe assistencial da qual eu faço parte
Item 6 (INI 6)	Tenho ciência do fato de que unidades assistenciais são suscetíveis a falhas decorrentes de subnotificação e dados incompletos em prontuários
Item 7 (INI 7)	Fomos orientados sobre os sistemas de notificação de incidentes terem um papel fundamental na segurança do paciente porque permitem o aprendizado a partir das falhas que foram identificadas e que, geralmente, são provocadas por fragilidades existentes nos sistemas
Item 8 (INI 8)	Oriento à equipe sob minha liderança para que os registros nos prontuários dos pacientes contenham informações legíveis e forneçam dados os mais completos possíveis, para que propicie uma análise apropriada do incidente e notificação
Item 9 (INI 9)	O fluxo de notificação pode favorecer a organização e a análise dos incidentes. Ainda, o processo de notificação pode fornecer informação sistemática e oportuna sobre o comportamento dos eventos que afetam uma população
Item 10 (INI 10)	Quando recebo uma notificação relacionada à assistência à saúde na unidade em que atuo, investigo e analiso o que pode ter levado à falha junto à equipe envolvida na assistência ao paciente
Item 11 (INI 11)	A notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde depende amplamente de um trabalho de sensibilização da equipe de profissionais. É imprescindível que sejam envolvidos e estejam habilitados para detectar incidentes relacionados à assistência à saúde, reconhecendo-os como um instrumento de melhoria contínua para segurança do paciente, e não como um mecanismo de punição

FONTE: A autora (2020).

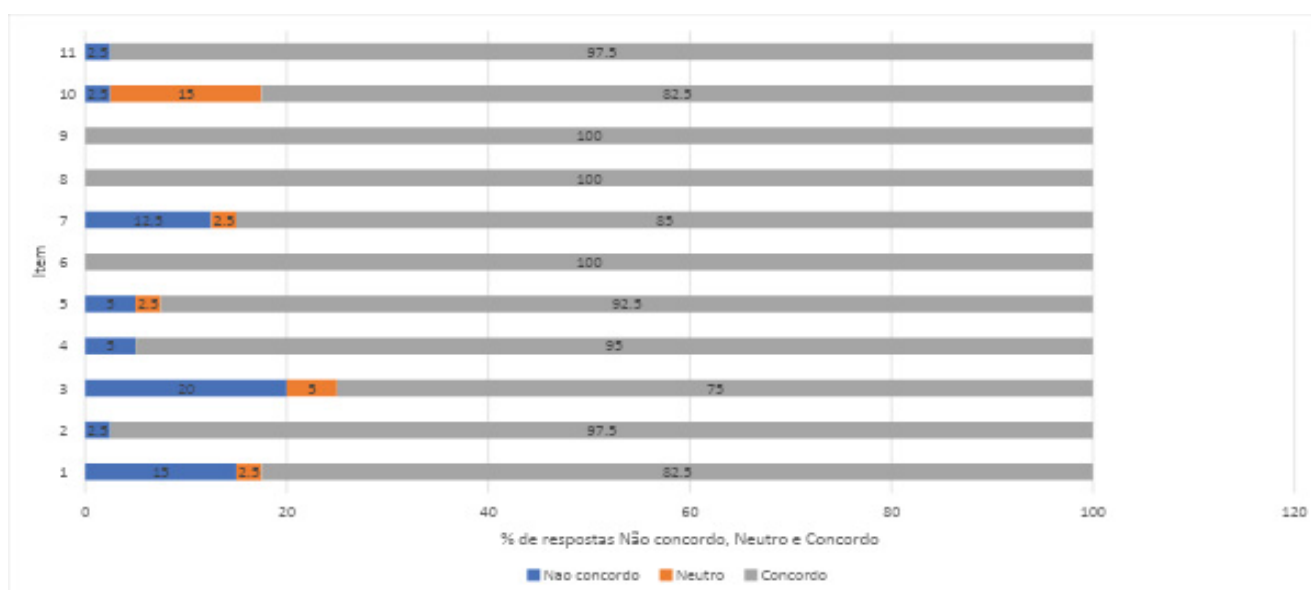
Na Tabela 7 e no Gráfico 11 apresentam-se as Frequências de respostas discordantes (discordo totalmente e discordo parcialmente), neutras (não concordo nem discordo) e concordantes (concordo totalmente e concordo parcialmente). Destaca-se que houve altas concordâncias (>80,01%) dos participantes em 10 itens, e moderada concordância (entre 70,01% a 80%) no item INI 3.

TABELA 7 - FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

ÍTEM	NÃO CONCORDO		NEUTRA		CONCORDO	
	N	%	N	%	N	%
INI 1	6	15	1	2,5	33	82,5
INI 2	1	2,5	0	0	39	97,5
INI 3	8	20	2	5	30	75
INI 4	2	5	0	0	38	95
INI 5	2	5	1	2,5	37	92,5
INI 6	0	0	0	0	40	100
INI 7	5	12,5	1	2,5	34	85
INI 8	0	0	0	0	40	100
INI 9	0	0	0	0	40	100
INI 10	1	2,5	6	15	33	82,5
INI 11	1	2,5	0	0	39	97,5

FONTE: dados da Pesquisa (2019).

GRÁFICO 11 FREQUÊNCIA DE RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

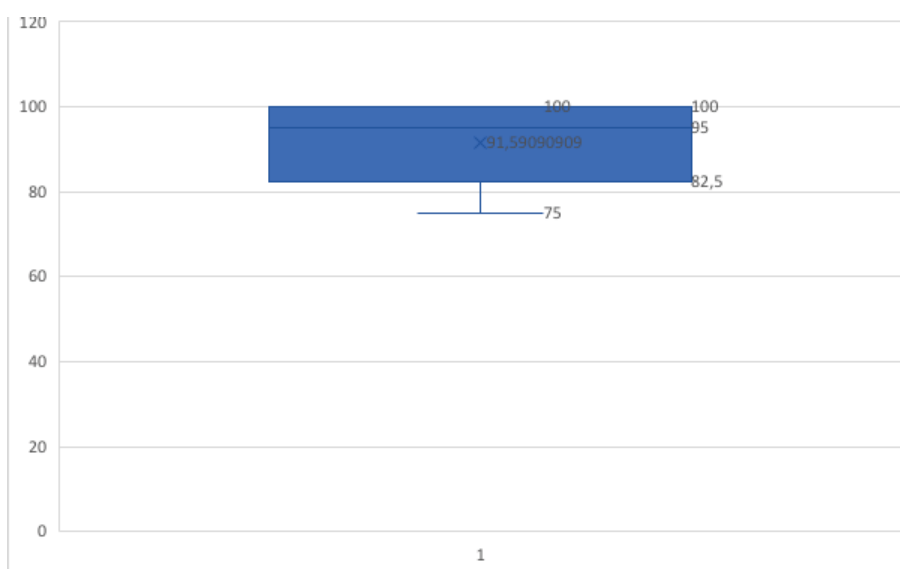


FONTE: dados da Pesquisa (2019).



Observa-se no Gráfico 12 as concordâncias dos participantes relativas aos itens sobre notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde nas UTI variaram de 82,5% a 100% com mediana de 91,6%, média de 95 e desvio padrão de 9,08.

GRÁFICO 12 – BOXPLOT DAS RESPOSTAS AOS ITENS SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES



FONTE: dados da Pesquisa (2019)

#### 4.3 ANÁLISES ESTATÍSTICA DAS RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DAS RESPOSTAS AOS ITENS DO QUESTIONÁRIO

Para cada item selecionado, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as opções de respostas ao item (discordo ou concordo) são iguais para profissionais com até 10 anos de profissão e para profissionais com mais de 10 anos de profissão, *versus* a hipótese alternativa de distribuições diferentes. Os resultados são apresentados na TABELA 8.

TABELA 8 – ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPO DE PROFISSÃO E AÇÕES DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (n=40)

ITEM	TEMPO DE FORMADO (ANOS)		p*
	0 – 10 (n=18)	> 10 (n=22)	
<b>Análise e Avaliação dos Riscos</b>			
IAA 9 - Ao identificar fragilidades no processo assistencial, procuramos planejar ações que possam evitar que as falhas aconteçam			
Discordo	0 (0%)	2 (9,1%)	0,492
Não discordo nem concordo	2 (11,1%)	2 (9,1%)	
Concordo	16 (88,9%)	18 (81,8%)	
<b>Notificação de Incidentes</b>			
INI 1 - Conheço a regulamentação sobre a notificação e o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, com a publicação da RDC nº 36 de 2013			
Discordo	5 (27,8%)	1 (4,5%)	0,068
Não discordo nem concordo	1 (5,6%)	0 (0%)	
Concordo	12 (66,7%)	21 (95,5%)	
<b>Notificação de Incidentes</b>			
INI 4 - Reconheço a importância da notificação, pois o registro das informações em tempo hábil permite um fluxo mais ágil de comunicação, a adoção de medidas oportunas e a efetividade do sistema de vigilância			
Discordo	1 (5,6%)	1 (4,5%)	1
Não discordo nem concordo	0 (0%)	0 (0%)	
Concordo	17 (94,4%)	21 (95,5%)	
<b>Notificação de Incidentes</b>			
INI 6 - Tenho ciência do fato de que unidades assistenciais são suscetíveis a falhas decorrentes de subnotificação e dados incompletos em prontuários			
Discordo	0 (0%)	0 (0%)	1
Não discordo nem concordo	0 (0%)	0 (0%)	
Concordo	18 (100%)	22 (100%)	

\*Teste Exato de Fisher, p<0,05

\*Teste Exato de Fisher,  $p < 0,05$ 

FONTE: dados da Pesquisa (2019).

Com relação à qualificação dos profissionais, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as opções de respostas ao item (discordo ou concordo) são iguais para profissionais com graduação/pós-graduação *lato sensu* e profissionais com Mestrado/Doutorado, *versus* a hipótese alternativa de distribuições diferentes. Os resultados são apresentados na TABELA 9.

TABELA 9 - ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO E AÇÕES DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (n=40) (continua)

ITEM	FORMAÇÃO (QUALIFICAÇÃO)		p*
	Graduação/Pós-graduado <i>lato sensu</i> (n=27)	Mestrado/Doutorado (n=13)	
<b>Análise e Avaliação dos Riscos</b>			
IAA 2 - Compreendo as consequências dos principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho			
Discordo	0 (0%)	0 (0%)	1
Não discordo nem concordo	0 (0%)	0 (0%)	
Concordo	27 (100%)	13 (100%)	
<b>Monitoramento</b>			
IM 2 - A fim de identificar mudanças no desempenho das ações para minorar os riscos relacionados à assistência à saúde, realizamos verificação e supervisão da eficácia das ações planejadas			
Discordo	5 (18,5%)	2 (15,4%)	1
Não discordo nem concordo	4 (14,8%)	2 (15,4%)	
Concordo	18 (66,7%)	9 (69,2%)	
<b>Monitoramento</b>			
IM 3 - Para medir o desempenho do gerenciamento de riscos utilizamos indicadores, que são analisados criticamente, de forma periódica, para garantir sua adequação			
Discordo	8 (29,6%)	4 (30,8%)	1
Não discordo nem concordo	0 (0%)	1 (7,7%)	
Concordo	19 (70,4%)	8 (61,5%)	
<b>Notificação de Incidentes</b>			
INI 1 - Conheço a regulamentação sobre a notificação e o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, com a publicação da RDC nº 36 de 2013			
Discordo	5 (18,5%)	1 (7,7%)	0,642
Não discordo nem concordo	1 (3,7%)	0 (0%)	
Concordo	21 (77,8%)	12 (92,3%)	
<b>Notificação de Incidentes</b>			
INI 4 - Reconheço a importância da notificação, pois o registro das informações em tempo hábil permite um fluxo mais ágil de comunicação, a adoção de medidas oportunas e a efetividade do sistema de vigilância			
Discordo	1 (3,7%)	1 (7,7%)	0,550
Não discordo nem concordo	0 (0%)	0 (0%)	
Concordo	26 (96,3%)	12 (92,3%)	

(Continua)

TABELA 9 - ASSOCIAÇÃO ENTRE NÍVEL DE QUALIFICAÇÃO E AÇÕES DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (n=40) (Conclusão)

ITEM	FORMAÇÃO (QUALIFICAÇÃO)		p*
	Graduação/Pós-graduado <i>lato sensu</i> (n=27)	Graduação/Pós-graduado <i>lato sensu</i> (n=27)	
<b>Notificação de Incidentes</b>			
INI 8 - Oriento a equipe sob minha liderança para que os registros nos prontuários dos pacientes contenham informações legáveis e forneçam dados os mais completos possíveis, para que propicie uma análise apropriada do incidente e notificação			
Discordo	0 (0%)	0 (0%)	
Não discordo nem concordo	0 (0%)	0 (0%)	
Concordo	27 (100%)	13 (100%)	1
*Teste Exato de Fisher. <i>p</i> <0.05			

FONTE: dados da Pesquisa (2019).

Relacionado ao tempo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva, testou-se a hipótese nula de que as distribuições sobre as opções de respostas ao item (discordo ou concordo) são iguais entre profissionais com até 10 anos de trabalho em UTI e profissionais com mais de 10 anos de trabalho em UTI, *versus* a hipótese alternativa de distribuições diferentes. Resultados apresentados na TABELA 10.

TABELA 10 – ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPO DE TRABALHO NA UTI E AÇÕES DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (n=40) (continua)

ITEM	TEMPO TRABALHO UTI (ANOS)		p*
	0 – 10 (n=34)	> 10 (n=6)	
<b>Contexto e Identificação dos Riscos</b>			
ICI 2 - Na Unidade em que trabalho, o processo de gerenciamento dos riscos relacionados à assistência à saúde está claro			
Discordo	5 (14,7%)	0 (0%)	0.570
Não discordo nem concordo	2 (5,9%)	0 (0%)	
Concordo	27 (79.4%)	6 (100%)	

(Continua)

TABELA 10 – ASSOCIAÇÃO ENTRE TEMPO DE TRABALHO NA UTI E AÇÕES DE GERENCIAMENTO DE RISCOS (n=40) (Conclusão)

ITEM	TEMPO TRABALHO UTI (ANOS)		p*
	0 – 10 (n=34)	> 10 (n=6)	
<b>Contexto e Identificação dos Riscos</b>			
ICI 4 - Foram definidos critérios para identificarmos os riscos relacionados à assistência à saúde em nossa unidade			
Discordo	4 (11,8%)	1 (16,7%)	
Não discordo nem concordo	2 (5,9%)	0 (0%)	
Concordo	28 (82,4%)	5 (83,3%)	1
<b>Contexto e Identificação dos Riscos</b>			
ICI 7 - Conheço os principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho			
Discordo	2 (5,9%)	0 (0%)	
Não discordo nem concordo	1 (2,9%)	0 (0%)	
Concordo	31 (91,2%)	6 (100%)	1
<b>Análise e Avaliação dos Riscos</b>			
IAA 4. Quando temos incidentes graves na unidade, uma equipe multidisciplinar discute o caso, proporcionando uma investigação mais detalhada			
Discordo	14 (41,2%)	0 (0%)	
Não discordo nem concordo	4 (11,8%)	0 (0%)	
Concordo	16 (47,1%)	6 (100%)	0,062
<b>Tratamento dos Riscos</b>			
IT 5 - Contamos com profissionais em funções de gestão que suportam os controles (tais como treinamento e inspeção) dos riscos relacionados à assistência à saúde			
Discordo	8 (23,5%)	0 (0%)	
Não discordo nem concordo	4 (11,8%)	0 (0%)	
Concordo	22 (64,7%)	6 (100%)	0,320
<b>Monitoramento</b>			
IM 5 - Frequentemente, comunicamos sobre os riscos e o progresso do planejamento de ações de gerenciamento de risco ao setor responsável pela gestão de riscos institucional (UGRA)			
Discordo	7 (20,6%)	1 (16,7%)	
Não discordo nem concordo	7 (20,6%)	1 (16,7%)	
Concordo	20 (58,8%)	4 (66,7%)	1
<b>Monitoramento</b>			
IM 9 - As chefias das unidades e todo o corpo de profissionais são envolvidos no monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde			
Discordo	10 (29,4%)	0 (0%)	
Não discordo nem concordo	3 (8,8%)	1 (16,7%)	
Concordo	21 (61,8%)	5 (83,3%)	0,293
*Teste Exato de Fisher. p<0.05			

FONTE: dados da Pesquisa (2019).

#### 4.4 COMENTÁRIOS OPCIONAIS REALIZADOS POR ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os enfermeiros participantes puderam expressar suas opiniões no espaço do questionário reservado a comentários opcionais. Observou-se baixa adesão à expressão livre (n=8), no entanto considerou-se relevante a descrição dos comentários. Os resultados são apontados no QUADRO 8.

QUADRO 8 - COMENTÁRIOS OPCIONAIS REALIZADOS POR ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA (continua)

ESTAPA (S) RELACIONADA (S)	COMENTÁRIOS (PARTICIPANTES)
Identificação dos Riscos Comunicação Tratamento dos Riscos	<i>Na minha unidade a identificações dos incidentes e a comunicação são ineficazes. O retorno e ações referente aos eventos adversos raramente existe. Sempre há dificuldade para implementar mudanças. As grandes chefias não querem se indispor com colegas ao implementarem algumas alterações. (P11).</i>
Contexto Avaliação dos Riscos Monitoramento / Análise Crítica	<i>Os riscos potenciais ou evidentes podem ter mais de uma alternativa de ação e as vezes a escolhida ainda não seria a melhor opção devido ao contexto da UTI no momento, como superlotação ou desfalque na equipe multiprofissional, que fogem ao nosso controle e é o melhor que podemos fazer nessa circunstância. Exemplo: a UTI já está lotada e estão chegando mais pacientes que nasceram e não podemos negar atendimento. Isto gera a necessidade de readequação com os recursos que temos até que haja possibilidade de normalização; isto inegavelmente expõe o paciente a alguns riscos que fogem do nosso controle. (P13).</i>
Identificação Tratamento Monitoramento / Análise Crítica Comunicação	<i>Considero importante pontuar que atuo também como tutora de indicadores de riscos na Unidade. Os indicadores foram implantados a pouco tempo por um grupo interno de qualidade e vem sendo acompanhado por enfermeiros da Unidade, denominados tutores que coletam e analisam os dados, repassando os resultados para a equipe de cuidado. Alguns dos indicadores são: perda de cateter venoso central; perda de cateter venoso periférico; extubação acidental; lesão de pele, entre outros. Após a implantação, obteve-se diminuição dos eventos adversos, devido ao acompanhamento e ações educativas desenvolvidas. Contudo, aponto como fragilidades, a dificuldade na corresponsabilidade de todos os profissionais com relação as notificações no VigilHosp, ocorrendo a subnotificação de riscos/eventos adversos, assim como as anotações no prontuário do paciente, o que acaba dificultando a análise dos eventos. (P17).</i>

QUADRO 8 - COMENTÁRIOS OPCIONAIS REALIZADOS POR ENFERMEIROS PARTICIPANTES DA PESQUISA (conclusão)

Contexto Tratamento Comunicação	<p><i>A equipe assistencial ainda entende a notificação ou até mesmo a comunicação do evento adverso ao enfermeiro como "entrega" do colega que cometeu o erro. Os esforços na unidade atualmente são primeiramente para que o profissional se sinta seguro em comunicar um erro próprio ao enfermeiro, para que em tempo real, consigamos minimizar ou reverter o erro imediatamente, minimizando o dano ao paciente e na sequência, notificar para entender a causa. (P23).</i></p> <p><i>Infelizmente os eventos adversos foram banalizados e são motivo sim de punição aos funcionários. (P21).</i></p>
Contexto Identificação Monitoramento / Análise Crítica	<p><i>Um problema na instituição é a falta de recursos humanos e o acúmulo de funções dos Enfermeiros, que acabam realizando atividades que não são de sua competência, mas que lhe são delegadas pela chefia, muitos riscos poderiam ser identificados e evitados, melhorando os processos, mas infelizmente isso está longe de acontecer. (P25).</i></p> <p><i>A restrição da equipe propicia a ocorrência de ERROS nos processos. (P15).</i></p>
Monitoramento / Análise Crítica Comunicação	<p><i>Não há ou há muito pouco feedback da UGRA em relação aos dados obtidos da Unidade. A comunicação a meu ver é a principal fragilidade e é pouco valorizada na Unidade. (P27).</i></p>

FONTE: A autora (2019).

O gerenciamento de riscos assistenciais é inerente à qualidade em saúde. Independe da estratégia para a segurança do paciente, o gerenciamento de riscos está relacionado à atuação profissional ética e orientada para resultado.

Destarte, optou-se pelo refinamento de análise sobre os resultados relevantes por meio da discussão dos dados da pesquisa no capítulo a seguir.

## 5 DISCUSSÃO

Neste capítulo, os resultados apresentados no capítulo anterior serão discutidos sob dois aspectos centrais: o resultado das respostas aos itens do questionário e as análises estatísticas a relação entre variáveis sociodemográficas com respostas a alguns itens.

Para mais, optou-se pelo refinamento da discussão do resultado das respostas aos itens do questionário por meio dos comentários opcionais realizados por enfermeiros participantes da pesquisa.

### 5.1 RESPOSTAS DOS PARTICIPANTES AOS ITENS DO QUESTIONÁRIO

O questionário de pesquisa foi elaborado de acordo com as diretrizes ABNT NBR ISSO 31000 para Gestão de Riscos, consoantes com as recomendações ANVISA relacionadas à Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde: Contexto e Identificação de risco; Análise e Avaliação de riscos; Tratamento de riscos; Monitoramento dos riscos e incidentes; Comunicação acerca dos riscos; e Notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde. (ABNT NBR ISO 31000, 2009; BRASIL, 2017b).

#### 5.1.1 CONTEXTO E IDENTIFICAÇÃO DE RISCO

Os hospitais são ambientes complexos, nos quais ocorrem diversas atividades concomitantes, equipes multidisciplinares atuam de acordo com suas especialidades e cujo foco é salvar vidas e/ou restabelecer a saúde. Portanto, faz-se necessário compreender o contexto ímpar desses espaços e identificar os riscos associados à assistência à saúde.

Por ser uma etapa essencial e preliminar para ações de avaliação, tratamento e prevenção, a necessidade da identificação de riscos obteve a concordância dos participantes (n=37 / 92,5%), especialmente no que tange ao conhecimento dos principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade de trabalho (ICI 7 - *Conheço os principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho*).



Os enfermeiros são profissionais habilitados às investigações, haja vista o processo de enfermagem exige o levantamento de dados, históricos e condições de saúde do paciente. A análise com relação às condições de trabalho também é natural à prática de enfermagem, uma vez que não há como planejar a assistência ao doente sem antes compreender as condições nas quais os cuidados serão desempenhados.

De acordo com os resultados obtidos na pesquisa, aponta-se que os enfermeiros associam o contexto de trabalho ao cuidado de qualidade, planejado, em tempo hábil e livre de riscos. Parte desse contexto refere-se ao dimensionamento adequado da equipe de enfermagem, como observa-se nos relatos a seguir:

Um problema na instituição é a falta de recursos humanos e o acúmulo de funções dos Enfermeiros, que acabam realizando atividades que não são de sua competência, mas que lhe são delegadas pela chefia, muitos riscos poderiam ser identificados e evitados, melhorando os processos, mas infelizmente isso está longe de acontecer. (P25).

A restrição da equipe propicia a ocorrência de erros nos processos. (P15).

Evidências científicas corroboram com este parecer ao demonstrarem que o adequado quantitativo de profissionais tem efeito significativo em indicadores relacionados à gestão da assistência e contribui na qualificação e melhoria do cuidado. O dimensionamento reflete as condições de trabalho da equipe de enfermagem, portanto é fundamental para a qualidade e segurança assistencial. (QUADROS et al., 2016; MAGALHÃES et al., 2017; VANDRESEN et al., 2018; GARCIA, TRONCHIN & FUGULIN, 2019).

Tratando-se especificamente sobre Identificação dos riscos em UTIs, a monitorização constante e os alarmes programados à proteção do paciente sugerem falsa sensação de segurança, o que pode contribuir à distração da equipe assistencial e possíveis incidentes. (BICA et al., 2017; FRANCO et al., 2017). Portanto, a identificação abrangente dos riscos é necessária.

Identificar riscos adequadamente implica definição do processo assistencial (entradas, serviços e saídas) para que todos estejam cientes dos riscos associados em cada etapa. A pesquisa demonstrou que os enfermeiros percebem as definições assistenciais ao evidenciar a concordância de 80% dos participantes (n=32) ao item

ICI 4 (*Foram definidos critérios para identificarmos os riscos relacionados à assistência à saúde em nossa unidade*).

A sistematização de técnicas que sejam adequadas aos riscos enfrentados está inclusa na recomendação de boas práticas que visam à redução de riscos e incidentes em serviços de saúde. (BRASIL, 2017b). Destaca-se a concordância obtida (n=37 / 92,5%) com relação ao item ICI 6 (*A utilização de escalas, como por exemplo Braden ou Hendrich II, colaboram na identificação dos riscos. Na unidade em que eu trabalho, frequentemente utilizamos escalas para a identificação dos riscos*).

O resultado de menor concordância (n=21 / 52,5%) em relação à identificação dos riscos está relacionado à comunicação (ICI 3 - *O processo de gerenciamento de riscos relacionados à assistência à saúde, na UTI é informado a todos os colaboradores, incluindo seus objetivos e a definição das responsabilidades de cada membro da equipe*). Convém que a instituição de saúde crie mecanismos de comunicação e informação constantes, que incluam incidentes ocorridos, fatores determinantes, classificação do tipo de incidente e classificação do grau de dano ao paciente, para que o aprendizado sobre os incidentes seja envolvido na identificação dos riscos. (AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT, 2017).

É importante ressaltar que a *World Alliance for Patient Safety* agrupou conceitos de segurança do paciente em uma classificação internacional. O objetivo da CISD é promover o aprendizado para a melhoria da segurança do paciente. O documento é composto por 10 classes que possibilitam a universalização da comunicação acerca da segurança: Tipo de Incidente, Consequências para o Paciente, Características do Paciente, Características do Incidente, Fatores Contribuintes /Perigos, Consequências Organizacionais, Detecção, Fatores Atenuantes do Dano, Ações de Melhoria, e Ações para Reduzir o Risco. (OMS, 2011).

### 5.1.2 ANÁLISE E AVALIAÇÃO DE RISCOS

Analisar e avaliar os riscos potenciais significa conhecer as causas e a origem das circunstâncias que podem gerar incidentes e levar a danos. Esta etapa pode ser resumida na investigação de fatores determinantes e na compreensão dos

riscos. A análise de risco deve ser sistêmica e não humana, ou seja, deve focar em sistemas deficitários e afastar a culpabilização dos sujeitos. A avaliação deve comparar o risco analisado com os critérios estabelecidos no contexto e identificação do risco. (ABNT NBR ISO 31000, 2009; BRASIL, 2017b).

Observou-se a totalidade de concordância (n=40 / 100%) dos participantes da pesquisa quanto aos itens IAA 1 (*Compreendo a fonte e a causa dos principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho*) e IAA 2 (*Compreendo as consequências dos principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho*), o que demonstra que a etapa de análise e avaliação dos riscos está consolidada.

A concordância obtida (n=19 / 47%) no item IAA 5 (*Quando ocorre um incidente na unidade, facilmente conseguimos avaliar se a falha foi pontual – humana, ou do processo – sistêmicas*) e a concordância obtida (n=22 / 55%) no item IAA 6 (*Quando temos incidentes graves na unidade, uma equipe multidisciplinar discute o caso, proporcionando uma investigação mais detalhada*) evidenciam oportunidades de melhoria na análise e avaliação dos riscos.

Estes resultados refletem o fato de que a investigação profunda (Análise de Causa Raiz) e o *disclosure* são coordenados pela UGRA, com a participação somente dos profissionais envolvidos com o evento adverso e chefias. No entanto, o dado reforça a importância de estratégias de comunicação, de modo que os eventos adversos possam promover conhecimento e atitudes de prevenção de situações similares.

Estudos anteriores evidenciaram que para gerenciar riscos é preciso avaliá-los e analisar as causas, para que as ações corretivas possam ser eficazes. Sistematizar o gerenciamento de riscos tem se mostrado uma estratégia para que os enfrentamentos gerados por mudanças possam ser entendidos como avanços necessários na qualificação dos serviços. (FIORETI et al., 2016).

Conhecer o contexto conduz às estratégias de enfrentamento dos riscos e prevenção dos incidentes, portanto enfatiza-se que a análise e avaliação dos riscos assistenciais deve abranger dados de produção, como o número de atendimento ao mês, a maior prevalência de patologias, os efeitos das medicações mais utilizadas e o perfil dos pacientes que mais internam na unidade. E, deve abranger dados que evidenciam a qualidade da assistência, que incluem o número de incidentes,

eventos adversos, taxa de infecção e percentual de resultados esperados alcançados.

### 5.1.3 TRATAMENTO DE RISCOS

Tratamentos de riscos são técnicas de enfrentamento para evitar ou eliminar, compartilhar ou transferir, mitigar, reduzir ou controlar, reter ou aceitar os riscos, independente dos identificados. Na execução do seu tratamento, é preciso aguçar a criatividade e aproveitar o conhecimento dos profissionais atuantes para encontrar opções que tenham potencial para reduzi-los. As estratégias selecionadas devem envolver uma ou mais opções para tratamento dos riscos e devem fornecer controles de avaliação da eficácia do tratamento. (ABNT NBR ISO 31000, 2009; BRASIL, 2017b).

Neste sentido, pode-se afirmar que os profissionais enfermeiros buscam meios de contenção dos riscos com foco na segurança do paciente tendo em vista a concordância de 90% (n=36) observadas itens IT 3 (*Quando identificamos uma probabilidade indesejada de dano relacionado à assistência à saúde, tratamos o risco para proteger os pacientes*) e IT 4 (*Na unidade em que trabalho, procuramos aplicar as melhores práticas, baseadas em evidências, para minorar os riscos relacionados à assistência à saúde*).

A despeito, a concordância de 60% (n=24) obtida como resultado do item IT 8 (*Ao avaliar o tratamento escolhido para minimizar um risco relacionado à assistência à saúde, é possível detectar se o mesmo não é eficaz. Caso isto ocorra, costumamos revisar o tratamento dos riscos*) demonstra que as estratégias de tratamento de risco não são executadas completamente quando não há a avaliação da eficácia do tratamento.

Esse resultado é corroborado no comentário opcional realizado por enfermeiro participante da pesquisa:

Na minha unidade a identificações dos incidentes e a comunicação são ineficazes. O retorno e ações referente aos eventos adversos raramente existe. Sempre há dificuldade para implementar mudanças. As grandes chefias não querem se indispor com colegas ao implementarem algumas alterações. (P11).

Identifica-se em outro comentário a importância da interação entre as etapas contexto e identificação, análise e avaliação para a escolha assertiva do tratamento dos riscos:

Os riscos potenciais ou evidentes podem ter mais de uma alternativa de ação e às vezes a escolhida ainda não seria a melhor opção devido ao contexto da UTI no momento, como superlotação ou desfalque na equipe multiprofissional, que fogem ao nosso controle e é o melhor que podemos fazer nessa circunstância. Exemplo: a UTI já está lotada e estão chegando mais pacientes que nasceram e não podemos negar atendimento. Isto gera a necessidade de readequação com os recursos que temos até que haja possibilidade de normalização; isto inegavelmente expõe o paciente a alguns riscos que fogem do nosso controle. (P13).

Aponta-se no relato de P13 a preocupação quanto a exposição do paciente aos riscos que os profissionais de saúde não podem evitar. Percebe-se que o enfermeiro participante identifica e analisa os riscos, porém não deposita credibilidade no tratamento que “às vezes é escolhido”.

Para que a seleção de tratamento de riscos seja a opção adequada deve-se equilibrar custos e esforços em relação aos benefícios decorrentes. Tratamentos de riscos devem ser economicamente viáveis e pode-se adotar uma combinação de tratamentos para que a organização seja beneficiada. Ademais, os tratamentos dos riscos devem ser integrados aos processos gerenciais e assistenciais, por isso devem ser discutidos com as equipes de profissionais que irão executá-los. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

O depoimento de P13 evidencia falhas na implantação de ações gerenciamento de riscos no cotidiano da UTI, pois quando efetivamente implantadas, independem de fatores variáveis. Outra possibilidade é de que os sujeitos não se apropriaram da estrutura de gerenciamento de riscos estabelecida, pois percebe-se o distanciamento da responsabilidade de gerenciar riscos quando o participante declara que os pacientes são expostos a “*alguns riscos que fogem do nosso controle*”.

Esta análise encontra eco na afirmação de autores, segundo os quais as ações de gerenciamento de riscos devem ser sistematizadas e, quando intrínsecas à assistência, são indiferentes às condições circunstanciais. (FIORETI et al., 2016).

#### 5.1.4 MONITORAMENTO DOS RISCOS E INCIDENTES

O sistema de monitoramento de riscos e incidentes deve utilizar métodos e ferramentas que facilitem a vigilância. As etapas que constituem o sistema de monitoramento devem compreender notificações, investigações, recomendações e acompanhamento das ações para mudanças. O resultado do monitoramento dos riscos deve ser utilizado para análise crítica e planejamento da gestão de riscos. (ABNT NBR ISO 31000, 2009; BRASIL, 2017b).

Observa-se que a concordância de 92,5% (n=37) no item IM 6 (*O monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde envolve a notificação dos incidentes ao setor responsável pela gestão de riscos institucional - UGRA*) indica que os profissionais enfermeiros participantes da pesquisa têm ciência sobre a importância da notificação de riscos e incidentes.

Contudo, a concordância obtida no item IM 4 (50% / n= 20) relacionada ao acompanhamento das ações para mudanças (*Na unidade em que atuo, medimos periodicamente o progresso obtido, ou o desvio, em relação ao planejamento de ações de gerenciamento de risco*) denota falhas no processo de monitoramento, uma vez que progressos ou desvios não são integralmente monitorados.

O hospital local de pesquisa conta com uma unidade de gestão de riscos assistenciais (UGRA). A estratégia de implantação de um setor que concentre as ações de gerenciamento de riscos é recomendada pelas diretrizes da área para que registro das informações permita um fluxo mais ágil de comunicação, a adoção de medidas cabíveis e a indubitabilidade do sistema de vigilância. (BRASIL, 2017b).

A concordância em 57,5% (n=23) dos participantes da pesquisa ao item IM 5 (*Frequentemente, comunicamos sobre os riscos e o progresso do planejamento de ações de gerenciamento de risco ao setor responsável pela gestão de riscos institucional*) demonstra que convém a aproximação do setor de gestão de riscos com as áreas notificantes a fim de melhorar o fluxo de comunicação. O comentário de um dos participantes da pesquisa corrobora com esta análise:

Não há ou há muito pouco *feedback* da UGRA em relação aos dados obtidos da Unidade. A comunicação a meu ver é a principal fragilidade e é pouco valorizada na Unidade. (P27).

O PNSP propõe como estratégia para a segurança do paciente o monitoramento e a sistemática vigilância de incidentes na assistência à saúde e orienta os serviços de gestão de risco a garantir o retorno às unidades notificantes. (BRASIL, 2013).

O item IM 9 (*As chefias das unidades e todo o corpo de profissionais são envolvidos no monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde*) obteve 65% (n=26) de concordância dos participantes da pesquisa. O resultado é consoante com estudos anteriores que alertam sobre as ações para segurança do paciente correrem o risco de ficar sob a responsabilidade dos coordenadores de equipe e não serem repassadas aos demais profissionais, com ressalva ao fato de que o sucesso do programa de gerenciamento de riscos é atribuído à adesão de todos os profissionais envolvidos na assistência à saúde. (COSTA, 2011; WACHTER, 2013; FIORETI et al., 2016).

A pesquisa foi aplicada em diferentes UTIs, nas quais há diferentes processos de trabalho e perfis de gerenciamento de riscos. Observa-se que há unidades mais bem avaliadas pelos enfermeiros do que outras.

O monitoramento dos riscos e incidentes é etapa fundamental para o planejamento de ações corretivas e preventivas. A literatura aponta a importância da aplicação de indicadores de qualidade como estratégia de monitoramento com foco na melhoria da segurança assistencial. (WACHTER, 2013; LIMA; BARBOSA, 2015; FIORETI et al., 2016; QUADROS et al., 2016; SANTOS, 2016).

Evidencia-se que os profissionais de saúde têm conhecimento acerca dos indicadores, porém têm dificuldade de utilizá-los, o que gera dicotomia entre teoria e prática para a tomada de decisões cotidianas:

Considero importante pontuar que atuo também como tutora de indicadores de riscos na Unidade. Os indicadores foram implantados a pouco tempo por um grupo interno de qualidade e vem sendo acompanhado por enfermeiros da Unidade, denominados tutores que coletam e analisam os dados, repassando os resultados para a equipe de cuidado. Alguns dos indicadores são: perda de cateter venoso central; perda de cateter venoso periférico; extubação acidental; lesão de pele, entre outros. Após a implantação, obteve-se diminuição dos eventos adversos, devido ao acompanhamento e ações educativas desenvolvidas. Contudo, aponto como fragilidades, a dificuldade na corresponsabilidade de todos os profissionais com relação às notificações no VigiHosp, ocorrendo a subnotificação de riscos/eventos adversos, assim como as anotações no prontuário do paciente, o que acaba dificultando a análise dos eventos. (P17).



Ações baseadas em evidências são consideradas boas práticas, por meio das quais pode-se envolver e educar continuamente os profissionais.

A literatura aponta ainda que, embora os indicadores representem uma estratégia eficaz na melhoria da qualidade assistencial, o uso dos indicadores enquanto ferramenta de gestão frequentemente é apontado como desafio e enfrenta problemas na implementação. Vale ressaltar que os indicadores, além de permitirem comparações entre serviços semelhantes, podem promover *insights* e levar a equipe à criatividade em soluções. Ainda que não forneçam respostas definitivas, apontam na direção da oportunidade de melhorias, confirmando a percepção exposta por P17. (WACHTER, 2013; LIMA; BARBOSA, 2015; FIORETI et al., 2016; QUADROS et al., 2016; SANTOS, 2016).

#### 5.1.5 COMUNICAÇÃO ACERCA DOS RISCOS

Comunicar é um processo iterativo e contínuo, por qual uma organização deve conduzir o diálogo para fornecer, compartilhar ou obter informações com as partes interessadas em gerenciar riscos. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

Melhorar a comunicação efetiva é uma das metas primordiais de segurança assistencial. Integrante das Metas Internacionais de Segurança do Paciente, a melhoria da comunicação foi incorporada à legislação brasileira por meio da RDC nº 63/11, que dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de Saúde. (BRASIL, 2017b).

Não por acaso, os problemas de comunicação em serviços de saúde estão ligados às falhas de processos, aos lapsos e demais fatores humanos dos profissionais de saúde.

As recomendações relacionadas à melhoria da comunicação incluem eliminação ou redução de situações que favoreçam distrações, disponibilização de lembretes (cartazes, folders, placas), mecanismos de comunicação e de transferência, implantação de protocolos, aperfeiçoamento de *softwares*, listas de verificações, melhorias nos registros e na documentação, mecanismos de redundância e dupla checagem. (BRASIL, 2017b). Portanto, ressalta-se que a comunicação é uma etapa chave no processo de gerenciamento de riscos.

A concordância de 87,5% (n=35) ao item IC 8 [*para a passagem de plantão na unidade utilizamos algum (alguns) método (s) e/ou ferramenta (s) para*



*sistematizar a comunicação e evitar falhas de comunicação.] revela que para algumas ações assistenciais, como a passagem de plantão, estão consolidadas estratégias de melhoria de comunicação.*

De outro modo, os resultados de IC 3 (*Na unidade em que atuo, temos clareza dos mecanismos de comunicação interna que apoiam e incentivam o gerenciamento dos riscos relacionados à assistência à saúde*) e IC 7 (*Os incidentes relacionados à assistência à saúde ocorridos na unidade na qual eu trabalho são devidamente documentados no prontuário do paciente em questão*), ambos com concordância de 62,5% (n=25) dos participantes, evidenciam oportunidades de melhoria nos mecanismos de comunicação institucional.

Equitativamente, os dados de concordância dos itens IC 4 (*As informações derivadas das ações de gerenciamento de riscos estão disponíveis na unidade e são discutidas em momentos apropriados para que todos tenham entendimento sobre as mesmas*) e IC 6 (*Quando o paciente sofre um incidente relacionado à assistência à saúde em nossa unidade, ele e/ou sua família são informados do ocorrido*), ambos com resultado de 55% (n=22) registram a necessidade de estabelecer métodos de reportes internos.

Estudos advertem sobre a importância de estabelecer a comunicação efetiva entre a gestão de riscos, os profissionais, os pacientes e suas famílias, a fim de oportunizar o aprendizado e a criação de novas estratégias de segurança. (WACHTER, 2013; FIORETI et al., 2016). Especialmente, devido à comunicação ser de fato um desafio, como apontam as falas de P11 e P27.

Ademais, é necessário considerar o paciente e sua família como o centro do cuidado, o que exige estratégias de comunicação que evitem perdas de informação, descontinuidade do cuidado e retrabalho assistencial. (AUED et al., 2019).

Para melhoria da comunicação, as diretrizes para gestão de riscos recomendam a implantação de processos adequados de reporte interno sobre a estrutura, a eficácia e os resultados da gestão de riscos. Observam a importância de que as informações pertinentes (resultadas das ações de riscos) estejam disponíveis em todos os níveis e momentos apropriados. E sugere que haja processos transparentes de consulta livre das partes interessadas. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

### 5.1.6 NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

A publicação Anvisa que orienta a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente em serviços de saúde sugere que o processo de notificação de incidentes contemple as seguintes etapas: tipo de incidente; consequências para o paciente; características do paciente; características do incidente ou evento adverso; fatores contribuintes; consequências organizacionais; forma de detecção; fatores atenuantes ao dano; ações de melhoria e ações para reduzir o risco. (BRASIL, 2017b).

A importância da notificação concentra-se no fato de que o registro de informações em tempo hábil proporciona agilidade ao fluxo de comunicação, permite a adoção de medidas cabíveis e confere a efetivação do sistema de vigilância. (BRASIL, 2017b). Neste sentido, a concordância de 95% (n= 38) ao item INI 4 (*Reconheço a importância da notificação, pois o registro das informações em tempo hábil permite um fluxo mais ágil de comunicação, a adoção de medidas oportunas e a efetividade do sistema de vigilância*) reflete o que aponta a literatura.

Salienta-se que o gerenciamento de riscos é passível às falhas de subnotificação e dados inconclusos. Aponta-se a ciência sobre este fato por parte dos profissionais enfermeiros participantes desta pesquisa devido aos resultados de 100% de concordância (n=40) aos itens INI 6 (*Tenho ciência do fato de que unidades assistenciais são suscetíveis a falhas decorrentes de subnotificação e dados incompletos em prontuários*), INI 8 (*Oriento à equipe sob minha liderança para que os registros nos prontuários dos pacientes contenham informações legíveis e forneçam dados os mais completos possíveis, para que propicie uma análise apropriada do incidente e notificação*) e INI 9 (*O fluxo de notificação pode favorecer a organização e a análise dos incidentes. Ainda, o processo de notificação pode fornecer informação sistemática e oportuna sobre o comportamento dos eventos que afetam uma população*).

Mediante o exposto, destaca-se o compromisso dos enfermeiros quanto ao registro adequado de dados de enfermagem nos prontuários em prol da qualidade da assistência e gerenciamento de risco.

Porém, observa-se que possivelmente os demais profissionais não tenham o mesmo compromisso, uma vez que revelou-se que os prontuários não contêm dados completos por meio do resultado de concordância de 62,5% (n=25) do item

IC 7 (*Os incidentes relacionados à assistência à saúde ocorridos na unidade na qual eu trabalho são devidamente documentados no prontuário do paciente em questão*).

O prontuário deve ser a fonte de dados mais fidedigna com relação aos acontecimentos e cuidados relacionados ao paciente. A falta de informações nos prontuários evidencia a necessidade de ações de gerenciamento de riscos. (BERNAL et al., 2018). Achados de estudos recentes relacionados à implantação de ações para o gerenciamento dos riscos assistenciais revelam a necessidade de promoção e conscientização quanto à qualificação dos registros de saúde e às notificações dos eventos adversos. (CEDRAZ et al., 2018; ZAMPOLLO et al., 2018).

O efetivo gerenciamento de risco promove fundamental importância às notificações, uma vez que proporcionam aprendizado devido às falhas notificadas. A programação do gerenciamento de riscos deve englobar ações para evidenciar os erros de caráter educativo e não punitivo. Evidencia-se que o medo às punições pode levar a subnotificações e/ou descrédito do mecanismo de comunicação, como podemos constatar nas falas de (P23) e (P21.):

A equipe assistencial ainda entende a notificação ou até mesmo a comunicação do evento adverso ao enfermeiro como "entrega" do colega que cometeu o erro. Os esforços na unidade atualmente são primeiramente para que o profissional se sinta seguro em comunicar um erro próprio ao enfermeiro, para que em tempo real, consigamos minimizar ou reverter o erro imediatamente, minimizando o dano ao paciente e na sequência, notificar para entender a causa. (P23).

Infelizmente os eventos adversos foram banalizados e são motivo sim de punição aos funcionários. (P21).

A cultura de segurança promove a visão de que os erros são consequências de falhas processuais, portanto é essencial trabalhar a cultura institucional para que os profissionais compreendam as ações de gerenciamento de riscos. (FIORETI et al., 2016).

As decisões da organização acerca do gerenciamento de riscos, especialmente no que tange às notificações de riscos, incidentes e eventos adversos devem considerar a importância e necessidade do aprendizado contínuo, os benefícios gerenciais na reutilização de informações internas e a necessidade legal pré-existente de registros adequados. (ABNT NBR ISO 31000, 2009).

Desta forma e sem caráter punitivo, a implantação ou existência de um sistema de notificações pode ser divulgada e promovida como benefício aos pacientes, colaboradores, equipes e gestão hospitalares.

Destaca-se que os resultados da pesquisa demonstram envolvimento por parte dos profissionais enfermeiros nas ações programas de gerenciamento de riscos assistenciais. Felizmente, há evidências de que o uso de ferramentas para gerenciamento dos riscos é eficaz quando a prática está inserida no cotidiano dos profissionais de saúde e quando estes profissionais estão comprometidos com o resultado das ações para a segurança assistencial. (FIORETI et al., 2016).

## 5.2 ANÁLISE ESTATÍSTICA DAS RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E DAS RESPOSTAS AOS ITENS DO QUESTIONÁRIO

Apesar de a literatura evidenciar que a experiência, a participação na implantação de rotinas e normas institucionais e a vivência dos profissionais de saúde na organização do processo de trabalho são contribuintes à assistência segura (OLIVEIRA et al., 2014; FIORETI et al., 2016; HIGNETT et al., 2018), a hipótese não se confirmou nesta pesquisa (Tabela 8).

Percebe-se que os profissionais com menos de 10 anos de profissão responderam aos questionamentos sobre o gerenciamento de riscos de forma similar aos profissionais com mais de 10 anos de profissão. Pode-se atribuir este resultado ao fato de se tratar de uma instituição pública, de ensino, com característica de treinamentos e envolvimento dos profissionais nos programas e ações estratégicas, como é o caso da segurança do paciente.

O hospital em que se desenvolveu esta pesquisa foi o primeiro hospital de ensino federal acreditado pela ONA. O programa de qualificação assistencial e gerenciamento dos riscos envolveu foco nas lideranças, definição de fluxos para tratamento de incidentes, método de análise das notificações realizadas pela comunidade hospitalar, investigações de incidentes graves, definição de indicadores alinhados aos contratos de metas das unidades e definição das atribuições dos grupos internos de qualidade como estratégias para melhoria da segurança do paciente. (DA ROCHA et al., 2016).

Similarmente, é reconhecido na literatura que a qualificação corresponde a maior segurança ao profissional de saúde no desenvolver das atividades

assistenciais. (CEDRAZ et al., 2018). Do mesmo modo, há evidências de que falhas atribuídas a fatores individuais (comportamentais) estão relacionadas a conhecimento e experiência, e são mais comuns entre profissionais que não são especialistas. (DELGADO et al., 2014). No entanto, esta hipótese não pôde ser observada nesta pesquisa (Tabela 9).

Atribui-se este resultado ao fato de o tema da segurança do paciente e gerenciamento de riscos assistenciais seja relativamente recente e, portanto, não estava incluso nas diretrizes curriculares de cursos de pós-graduação no passado.

Destaca-se que na associação entre tempo de trabalho na UTI e ações de gerenciamento de riscos (Tabela 10), apesar de não confirmada a hipótese estatística de que profissionais com até 10 anos de trabalho em UTI têm percepções diferentes das percepções dos profissionais com mais de 10 anos de trabalho em UTI, há distribuições diferentes de respostas.

A discordância concentra-se no que tange ao apoio das chefias, à educação continuada e ao envolvimento multiprofissional para o gerenciamento de riscos.

Entende-se que este resultado está vinculado ao fato de o trabalho do enfermeiro em hospitais exigir competências técnicas e não técnicas, assistenciais e gerenciais, cujas ações impactam na vida dos pacientes. Competências não técnicas estão relacionadas às ações de liderança, gestão de pessoas, comunicação eficaz, trabalho em equipe, gestão de recursos e processos, para então incorporar componentes de segurança nas atividades profissionais. (SOARES, et al. 2019). Logo, o maior tempo de atuação em uma unidade de trabalho contribui para a possibilidade de desenvolvimento de tais competências.

## 6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa objetivou identificar as ações de gerenciamento de risco para a segurança do paciente exercidas por enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva de um hospital público.

Constata-se, por meio das frequências de respostas aos itens do questionário de altas concordâncias (>80,01%) e moderada concordância (entre 70,01% e 80%), que os enfermeiros realizam ações de gerenciamento de riscos relacionadas ao contexto e identificação dos riscos, à análise e avaliação dos riscos e à notificação de riscos e incidentes relacionados à assistência à saúde.

Evidenciou-se, por meio das frequências de respostas aos itens do questionário de baixas concordâncias (< 70%), que as ações de gerenciamento de riscos exercidas pelos enfermeiros não estão concentradas no monitoramento, tratamento e comunicação com foco em segurança do paciente.

Conclui-se ainda que, de acordo com o Teste Exato de Fisher, no qual os valores de  $p < 0,05$  indicam significância estatística, não foi confirmada a hipótese de que o conhecimento e a experiência profissional (tempo de formação e tempo de trabalho na Unidade de Terapia Intensiva) se relacionam com a perspectiva de enfermeiros sobre o gerenciamento de riscos nas unidades em que trabalham.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente a segurança do paciente é o principal aspecto de qualidade assistencial. Durante as últimas duas décadas o setor de saúde busca desvendar as causas de erros evitáveis e falhas nos atendimentos que geram grande número de vítimas. No entanto, a qualidade assistencial e a segurança do paciente são objetivos complexos e este contexto pode ser observado mesmo em países desenvolvidos.

O gerenciamento de riscos é considerado capaz de evitar que incidentes e eventos adversos causem danos, devido à alta performance deste método também em âmbito hospitalar. Não obstante, bons resultados assistenciais dependem de decisões e ações de todas as esferas da saúde.

São necessárias políticas e incentivos que deem condições às organizações de implantação de ações efetivas nesta direção. A alta direção institucional, deve estar decidida, incentivar e sustentar (no sentido de enfrentamento dos muitos desafios que se apresentam quando há necessidade de mudanças) a adoção das boas práticas com foco na segurança assistencial.

As gerências, coordenações e chefias das unidades assistenciais devem aprofundar seus conhecimentos relacionados à segurança do paciente e desta forma, incentivar a equipe assistencial a perseguir os melhores resultados possíveis. A equipe operacional, em geral enfermeiros e técnicos de enfermagem, por sua vez, devem ter clareza dos riscos existentes, bem como do fato de estarem sujeitos aos erros devido à condição humana e à estrutura política da classe profissional.

Neste sentido, esta pesquisa contribui para ampliar os conhecimentos em enfermagem relacionados ao gerenciamento de riscos e segurança do paciente. Na área acadêmica, para cursos e discentes, a pesquisa contribui no desenvolvimento da visão crítica e aprofundamento sobre o tema. O local estudo será beneficiado pelo desenvolvimento de ações de melhorias a partir dos resultados da pesquisa, e poderá utilizar o questionário para acompanhar as ações de gerenciamento de riscos na atuação dos enfermeiros em pesquisas futuras. As demais instituições de saúde hospitalares poderão basear-se neste caso e planejar avaliações relacionadas ao gerenciamento de riscos em seus ambientes para comparações e novos aprendizados.

Apresenta-se como limitador o fato de a pesquisa ter sido aplicada em centro único, hospital federal e com histórico de avanços no quesito qualidade e segurança assistencial. No entanto, sabe-se que a realidade dos hospitais públicos universitários são partes do mesmo universo da saúde brasileira. Outro fator limitador é o fato de restringir-se às Unidades de Terapia Intensiva, considera-se possível haver viés não avaliado nos resultados. Contudo, comprovou-se a consistência interna do questionário por meio do Teste de Alpha de Cronbach, o que sugere confiabilidade aos resultados.

Ressalta-se a necessidade de diretrizes clínicas e políticas nacionais que tornem os processos assistenciais robustos, do ponto de vista estrutural, educacional e operacional para o alcance do efetivo gerenciamento de riscos e segurança do paciente.

Recomenda-se que outras pesquisas sejam realizadas a fim de aprofundarem os mecanismos e estratégias para gerenciamento dos riscos assistenciais por enfermeiros, e em outros espaços da assistência.



## REFERÊNCIAS

ABI, A. X. C. F. **Utilização do método HFMEA para avaliação protocolo de uso de medicamentos em serviço de transplante de medula**. 2019. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2019. Disponível em: <<http://www.prppg.ufpr.br/ppgenf>>. Acesso em: 25 nov. 2019.

ADAMY, E. K. et al. Reflexão acerca da interface entre a segurança do paciente e o processo de enfermagem. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 7, n. 1, p. 272-278, jan./jul. 2018. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/2519/0>>. Acesso em: 05 set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.18554/reas.v7i1.2519>.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Manual de gestão de riscos da Agência Nacional de Saúde Suplementar** [recurso eletrônico] / Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasil. Presidência. Gabinete. Gerência-Geral de Análise Técnica da Presidência. Coordenadoria de Avaliação de Riscos Institucionais. – Rio de Janeiro: ANS, 2018. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/transparencia-institucional/gestao-de-riscos>>. Acesso em: 19 jan. 2019.

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT. **Requirements on clinical risk management systems in hospitals**. Berlin, Germany: Am Zirkus 2, 2017. Guideline. Disponível em: <<https://www.aps-ev.de>>. Acesso em: 12 jan. 2019.

ABNT. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR ISO 31000: Gestão de riscos - Princípios e diretrizes**. Primeira edição. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<https://gestravp.files.wordpress.com/2013/06/iso31000-gestc3a3o-de-riscos.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Superior. **Resolução CNE/CES n.3, de 09 de novembro de 2001**. Dispõe sobre Diretrizes Curriculares para os cursos de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1:37. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n.63, de 25 de novembro de 2011**.

Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde. Brasília, 25 novembro 2011. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/rdc-63-de-25-de-novembro-de-2011>>. Acesso em: 12 mai. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 1º de abril de 2013**. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Diário oficial da União, Brasília, DF, n.62, 2 abr. 2013a. Seção 1, p.1. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/legislacao/item/portaria-529>>. Acesso em: 28 jul. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 36, de 25 de julho de 2013**. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/7-blog/27-nucleo-de-seguranca-do-paciente-ns>>. Acesso em: 18 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **Documento de referência para o programa nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde; Fundação Oswaldo Cruz; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/documento-de-referencia-para-o-programa-nacional-de-seguranca-do-paciente>>. Acesso em: 20 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Assistência segura: uma reflexão teórica aplicada à prática**. 2. ed. Brasília: Anvisa, v. 1. 2017a. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33852/3507912/Caderno+1+-+Assistencia+Segura+-+Uma+Reflexao+Teorica+Aplicada+a+Pratica/97881798-cea0-4974-9d9b-077528ea1573>>. Acesso em: 19 abr. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos Relacionados à Assistência à Saúde**. Brasília: Anvisa, 2017b. v.7. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/caderno-7-gestao-de-riscos-e-investigacao-de-eventos-adversos-relacionados-a-assistencia-a-saude>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). **Relatório de dados, por estado, de eventos adversos notificados à Anvisa no período de janeiro de 2014 a maio de 2019**. Brasília: Anvisa, 2019. Disponível em: <<https://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/category/relatorios-dos-estados/2>>. Acesso em 29 jan. 2020

CEDRAZ, R. O. et al. Gerenciamento de riscos em ambiente hospitalar: incidência e fatores de riscos associados à queda e lesão por pressão em unidade clínica. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v.22, n.1, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt\\_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0252.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v22n1/pt_1414-8145-ean-2177-9465-EAN-2017-0252.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2019.  
DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0252

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração**. 9. ed. São Paulo: Manole, 2014.

CNES, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Consulta Estabelecimento – Módulo Hospitalar**, 2019. Disponível em: <[http://cnes2.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VCo\\_Unidade=410690238429](http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=410690238429)>. Acesso em: 17 jan. 2020.

COSTA, V. T. **Melhores práticas do enfermeiro gestor: um estudo de caso**. 2011. 134 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/95095>>. Acesso em: 13 jan. 2019.

COSTA, R.; LOCKS, M. O. H.; GIRONDI, J. B. R. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Orgs.). **Metodologia da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015. p.273-289.

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. Melhores práticas do enfermeiro gestor no gerenciamento de risco. **Revista Latino-Americana**, v. 21, n.5, p.1165-1171, set./out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt\\_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n5/pt_0104-1169-rlae-21-05-1165.pdf)>. Acesso em: 28 ago. 2018.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000500021>.

DAMASCENO, C. K. C. S. et al. O trabalho gerencial da enfermagem: conhecimento de Profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais. **Rev. Enf. UFPE online**, Recife, v.10, n.4, p.1216-22, abr., 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11106/12573>>. Acesso em: 02 dez. 2018.  
DOI: 10.5205/reuol.8464-74011-1-SM.1004201607

DA ROCHA, D. J. M. **Gerenciamento de riscos em hospital**. 2013.144 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013. Disponível em: < [http://www.ppgenf-profissional.ufpr.br/wp-content/uploads/2015/12/dissertacao\\_denise\\_2013.pdf](http://www.ppgenf-profissional.ufpr.br/wp-content/uploads/2015/12/dissertacao_denise_2013.pdf)>. Acesso em: 22 jun. 2018

DA ROCHA, D. J. M. et al. Construção de programa de segurança do paciente em hospital público de ensino: pesquisa documental. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.21, n.4, out. 2016. ISSN 2176-9133. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45604>>. Acesso em: 29 jan. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i4.45604>.

EBSERH, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Portal EBSERH**. Complexo Hospital de Clínicas UFPR, 2019. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/>>. Acesso em: 17 jan. 2020.

FELDMAN, L. B. (Org.). **Gestão de risco e segurança hospitalar**: prevenção de danos ao paciente, notificação, auditoria de risco, aplicabilidade de ferramentas, monitoramento. São Paulo: Martinari, 2008.

FIORETI, F.C.C.F. et al. Uso de ferramentas de gestão da qualidade com foco na segurança do paciente neonatal. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.10, n.11, p.3883-91, nov. 2016. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11469/13309>>. Acesso em: 29 dez. 2019. DOI: 10.5205/reuol.9881-87554-1-EDSM1011201609

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GRECO, R. M. Relato de experiência: ensinando a administração em enfermagem através da educação em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, vol.57, n.4, p.504-507, jul./ago. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000400026&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000400026&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 17 jul. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672004000400026>.

HIGNETT, S. et al. More holes than cheese. What prevents the delivery of effective, high quality and safe health care in England? **Ergonomics**, v.61, n.1, p.5-14, 2018. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27712281>>. Acesso em: 16 jan. 2019. DOI: 10.1080 / 00140139.2016.1245446

KAHAN, B.; GOODSTADT, M. The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion. **Health Promotion Practice**, v.2. p.43-67, 2001. Disponível em: <[https://www.researchgate.net/journal/1524-8399\\_Health\\_Promotion\\_Practice](https://www.researchgate.net/journal/1524-8399_Health_Promotion_Practice)>. Acesso em: 06 jan. 2019.  
DOI:10.1177/152483990100200110.

LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Orgs.). **Metodologia da pesquisa para enfermagem e saúde**: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2015.

LIMA, C.S. P.; BARBOSA, S. F. F. Ocorrência de eventos adversos como indicadores de qualidade assistencial em unidade de terapia intensiva. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p. 222-8, mar./abr. 2015. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v23n2/v23n2a13.pdf>>. Acesso em: 29 dez. 2019.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.6076>

LUCIAN, R.; DORNELAS, J. S. Mensuração de Atitude: Proposição de um Protocolo de Elaboração de Escalas. **RAC**, Rio de Janeiro, v.19, 2 ed., art.3, p.157-177, ago., 2015. Disponível em: <<http://www.anpad.org.br/rac>>. Acesso em: 22 dez. 2019.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac20151559>

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. J. Melhores práticas em sistemas locais de saúde: sob foco, a saúde bucal do idoso. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n.3, p.785-809, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a06.pdf>>. Acesso em: 06 jan. 2019.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312010000300006>

MENDES, W. V. J. **Avaliação da ocorrência de eventos adversos em hospital no Brasil**. 2007. 112 p. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<file:///C:/Users/talit/Downloads/1080-mendesjrwvd.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2018

NASCIMENTO, S. M. **As funções gerenciais do enfermeiro no cotidiano da assistência hospitalar**. 2013. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www2.unirio.br/unirio/ccbs/ppgenf/arquivos/dissertacoes-arquivo/dissertacoes-2013/simone-martins-nascimento>>. Acesso em: 16 mai. 2018.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.5, p.547-549, out. 2000. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000500018&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102000000500018&script=sci_abstract&tlng=pt) >. Acesso em 12 set. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102000000500018>

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente**. Lisboa, 2011. Disponível em: <<http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/en/>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

ONA. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. São Paulo: Organização Nacional de Acreditação, Versão 2018.

Oliveira, R. M. et al. Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Fortaleza, v.18, n.1, jan./mar., 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100122&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000100122&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 22 dez. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>.

PALADINI, E. P. **Avaliação estratégica da qualidade**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

PARANÁ. **Resolução SESA nº 932/2018**. Institui as Diretrizes Estaduais de Segurança do Paciente no estado do Paraná. Curitiba, 17 de dezembro de 2018. Disponível em: < [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/---\\_Resolucoes2018/932\\_18.PDF](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/---_Resolucoes2018/932_18.PDF) > Acesso em: 23 jan. 2018.

PORTO, S. et al. A magnitude financeira dos eventos adversos em hospitais no Brasil. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. Temático, n.10, nov. 2010. Disponível em: <<http://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-a-magnitude-financeira-dos-eventos-X0870902510898606>>. Acesso em: 23 out. 2018.

QUADROS, D. V. et al. Análise de indicadores gerenciais e assistenciais após adequação de pessoal de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n.4, p. 638-643, jul./ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0684.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690410i>



QUINN, R.E. et al. **Competências Gerenciais: a abordagem de valores concorrentes na gestão**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

RIBEIRO, R. P.; RIBEIRO, B. G. A. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Orgs.). **Metodologia da pesquisa para enfermagem e saúde: da teoria à prática**. Porto Alegre: Moriá, 2015. p. 292-323.

SADE, P. M. C.; PERES, A. M.; WOLFF, L. D. G. A formação das competências gerenciais do enfermeiro: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem da UFPE**, Recife, v.8, n.6, p. 1739-1745, jun. 2014. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/13649/16515>>. Acesso em: 28 jul. 2018.  
DOI: 10.5205/reuol.5876-50610-1-SM.0806201438

SADE, P. M. C.; PERES, A. M. Desenvolvimento de competências gerenciais do enfermeiro: diretriz para serviços de educação permanente. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.49, n.6, p. 991-998, 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt\\_0080-6234-reeusp-49-06-0991.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n6/pt_0080-6234-reeusp-49-06-0991.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2018.  
DOI: 10.1590/S0080-623420150000600016

SANTOS, J. L. G et al. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.66, n.2, p. 257-63, mar./abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v66n2/16.pdf>>. Acesso em: 25 ago. 2018.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672013000200016>

SANTOS, H. B. Indicadores de avaliação da qualidade hospitalar e satisfação do usuário. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 40, supl. 1, p. 98-108, jan./mar. 2016. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-859671>>. Acesso em: 23 out. 2017.  
DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2669>

SEIFFERT, L.S.; WOLFF, L. D. G.; WALL, M.L. A expertise de Nightingale e o manual brasileiro de acreditação de organizações de saúde. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.16, n.3, p.556-9, jul./set. 2011. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/24293>>. Acesso em: 30 set. 2018.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i3.24293>

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de**

**Ciências Sociais**, Coimbra, 85, p.65-82, jun. 2009. Disponível em:  
<<https://journals.openedition.org/rccs/343#quotation>>. Acesso em: 03 nov. 2018.  
DOI: 10.4000/rccs.343

SIMAN, A. G.; BRITO, M. J. M. Mudanças na prática de enfermagem para melhorar a segurança do paciente. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.37, n.esp.e68271, 2016. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500413&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472016000500413&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 16 jul. 2018.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.68271>.

SIQUEIRA, C. L. et al. Gerenciamento de risco: percepção de enfermeiros em dois hospitais do sul de Minas Gerais, Brasil. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.19, n.4, p. 919-926, out./dez. 2015. Disponível em:  
<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1050>>. Acesso: 19 jan. 2019.  
DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20150071>

SOARES, M. I. et al. Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.69, n.4, p.676-683, jul./ago. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0676.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2017.  
DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>

SOARES, M. I. et al. Avaliação de desempenho por competências em enfermeiros Hospitalares. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 27, e3184, 2019. Disponível em:<  
[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692019000100373&lang=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692019000100373&lang=pt)>. Acesso em: 01 fev. 2020.  
DOI: 10.1590/1518-8345.3173.3184

SOUSA, P.; MENDES, W. (Org.) **Segurança do paciente**: conhecendo os riscos nas organizações de saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014.

TAVARES, A. P. M. et al. Cultura de segurança do paciente na perspectiva da equipe de Enfermagem. **Revista Rene**, v.19, 2018. Disponível em:  
<<http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/31319/pdf>>. Acesso em: 04 set. 2018.  
DOI: 10.15253/2175-6783.2018193152

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas S.A., 1987.

VIEIRA, H. C.; CASTRO, A. E.; SCHUCH, V. F. JUNIOR. **O uso de questionários via e-mail em pesquisas acadêmicas sob a ótica dos respondentes**. XIII



SEMEAD – Seminário em Administração. São Paulo, Cid. Universitária, 2010. p. 01-13. Disponível em:  
<<http://sistema.semead.com.br/13semead/resultado/trabalhosPDF/612.pdf> >.  
Acesso em: 23 dez. 2018

WACHTER, R. M. **Compreendendo a segurança do paciente**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

## APÊNDICE 1 – CARTA CONVITE



Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares  
Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná  
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do CHC/UFPR

Prezada (o) Enfermeira (o),

Dirijo-me a Vossa Senhoria para convidar-lhe a participar da pesquisa intitulada *Atuação de Enfermeiros no Gerenciamento de Riscos Assistenciais em Unidades de Terapia Intensiva em Hospital Público*. O estudo pretende analisar as ações que os enfermeiros empreendem para evitar que incidentes e eventos adversos ocorram em unidades de atuação assistencial para a promoção da segurança do paciente.

A pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) do Setor de Ciências da Saúde da UFPR - Mestrado Acadêmico, tem como orientadora a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lillian Daisy Gonçalves Wolff e foi aprovada pelo CEP CHC UFPR em 02/10/2019 com o parecer CAAE: 17282219.7.0000.0096.

Em observância às diretrizes do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério de Saúde (MS) do Brasil, a pesquisa atende à conduta ética no que se refere ao consentimento. Com o aceite de sua participação, seja preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esclarecemos que a pesquisa atende à conduta ética no que se refere ao sigilo, anonimato, benefícios e propriedade intelectual.

Os resultados desta pesquisa proporcionarão aos leitores, estudantes ou profissionais, a reflexão acerca da prática gerencial do enfermeiro, necessárias ao planejamento para prevenir e diminuir os danos, no sentido de aprimorar a qualidade e segurança dos cuidados aos pacientes.

Agradeço desde já sua disposição e colaboração na construção deste conhecimento.

Atenciosamente,

Talita Rennê Mendonça  
COREN-PR 122.520

## APÊNDICE 2 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Lillian Daisy Gonçalves Wolff enfermeira, professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Paraná e Talita Rennê Mendonça, enfermeira e mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem, estamos convidando a você, Enfermeiro (a), a participar de um estudo intitulado **ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS NO GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL PÚBLICO**. Esta pesquisa é importante para que possamos investigar as ações inerentes ao cuidado de enfermagem que promovem a Segurança do Paciente.

O objetivo desta pesquisa é descrever as ações realizadas pelos enfermeiros que exercem a assistência nas Unidades de Terapia Intensiva relacionadas ao gerenciamento de risco segurança do paciente, relativas às metas nacionais de segurança do paciente.

Caso você participe da pesquisa, será necessário responder ao questionário formulado pelas pesquisadoras, no qual constam questões relacionadas às suas ações de cuidado direto ao paciente.

Para tanto você receberá o questionário on-line, em e-mail institucional, para melhor concentração nas respostas e terá para isso o tempo que for necessário, não devendo ultrapassar uma hora.

Os benefícios esperados com essa pesquisa são conhecer as ações de segurança ao paciente que estão empíricas nos cuidados de enfermagem de assistência direta ao paciente, mas também, em perceber que outras ações podem e devem ser tomadas a partir de análises que revelem a necessidade de tomada de ação.

As pesquisadoras Lillian Daisy Gonçalves Wolff e Talita Rennê Mendonça, responsáveis por este estudo poderão ser localizados para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo pelo e-mail [talitarennemendonca@gmail.com](mailto:talitarennemendonca@gmail.com), telefone (41) 98713-9732 das 08:00h às 17:00h ou [ldgwolff@gmail.com](mailto:ldgwolff@gmail.com), telefone (41) 99676-8200 das 8:00h às 17:00h, ou no Endereço: Av. Pref. Lothario Meissner, 632, bloco didático II, 4º Andar. Jardim Botânico, Curitiba/PR. Horários: Segunda a Sexta de 09 às 17 horas.

Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética do CHC - UFPR, pelo telefone 3360-1041. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

Rubricas:

Participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE: \_\_\_\_\_

  
**MARIA JOSE MOCELIN**  
 Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
 em Seres Humanos do HC/UFPR  
 Matrícula 7462

É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado a reflexões acerca de ações de trabalho que deveriam ser cumpridas, mas não foram possíveis ou não estavam dentro do alcance no momento.

Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser sentidos, como constrangimento por desconhecer ações de segurança do paciente ou dados da unidade. Caso queira expressar verbalmente ou relatar incômodo, a pesquisa poderá ser pausada, e novo encontro agendado.

A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado.

As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas pelas pesquisadoras Lillian Daisy Gonçalves Wolff e Talita Rennê Mendonça. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

O material obtido, por meio dos questionários, será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado (após inutilizado para leitura) ao término do estudo, dentro de cinco (05) anos.

As despesas necessárias para a realização da pesquisa, tais como impressão dos questionários, não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código, como por exemplo: P1; para que a sua identidade seja preservada e seja mantida a confidencialidade.

Eu, \_\_\_\_\_  
li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefício. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Participante de Pesquisa ou Responsável Legal]

\_\_\_\_\_  
[Assinatura do Pesquisador Responsável ou quem aplicou o TCLE]

  
MARIA JOCE MOÇELIN  
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa  
em Seres Humanos do HC/UFPR  
Matrícula 7462



## APÊNDICE 3 – FORMULÁRIO DE PESQUISA

### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA: ATUAÇÃO DE ENFERMEIROS NO GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA EM HOSPITAL PÚBLICO

#### INSTRUÇÕES:

A pesquisa pretende coletar dados acerca das ações de **Gerenciamento de Riscos** para a **Segurança do Paciente** realizado por enfermeiros em unidades de terapia intensiva. O Gerenciamento de Risco compreende:

- Contexto: políticas relacionadas, responsáveis, papéis, objetivos, metas, metodologias, definições, etc.;
- Avaliação dos riscos: identificação de riscos (eventos ou circunstâncias que podem causar problemas de segurança), análise e avaliação da sua frequência e magnitude;
- Comunicação de incidentes (notificação) e documentação do processo de gerenciamento de risco;
- Tratamento dos riscos (evitar, reduzir/controlar, transferir ou reter), que inclui eleger a forma de tratamento, planejar e implementar o plano de ação;
- Monitoramento e revisão do programa de gestão de riscos, o que envolve verificação regular ou vigilância.

Os aspectos analisados correspondem às etapas de Gestão de Riscos e Investigação de Eventos Adversos relacionados à Assistência à Saúde, de acordo com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA.

#### Seção I – Informações Sociodemográficas do participante

1. Idade:
  - A ( ) De 20 a 30 anos
  - B ( ) De 30 a 40 anos
  - C ( ) De 40 a 50 anos
  - D ( ) Mais de 50 anos
2. Gênero:
  - A ( ) Feminino
  - B ( ) Masculino
3. Nível de Escolaridade:
  - A ( ) Ensino superior
  - B ( ) Pós graduação *lato sensu*
  - C ( ) Mestrado
  - D ( ) Doutorado
4. Qual é a sua atividade como Enfermeiro?
  - A ( ) Enfermeiro
  - B ( ) Chefia ou Supervisão da Unidade
  - C ( ) Coordenador
  - D ( ) Gerente
5. Você presta assistência diretamente ao paciente?
  - A ( ) Sim, presto assistência direta ao paciente.
  - B ( ) Não, presto assistência indireta ao paciente por meio de atividades administrativas.
6. Tempo de Formado
  - A ( ) Menos de 5 anos
  - B ( ) 06 a 10 anos
  - C ( ) 10 a 20 anos
  - D ( ) Mais de 20 anos
7. Há quanto tempo trabalha neste hospital?
  - A ( ) Menos de 5 anos
  - B ( ) 06 a 10 anos

- C ( ) 10 a 20 anos  
 D ( ) Mais de 20 anos
8. Há quanto tempo trabalha na UTI
- A ( ) Menos de 5 anos  
 B ( ) 06 a 10 anos  
 C ( ) 10 a 20 anos  
 D ( ) Mais de 20 anos

#### Seção II – Contexto e Identificação dos Riscos

Nesta seção, as questões abordarão a identificação. A identificação de riscos é a busca e a descrição de riscos, que envolve a identificação das fontes dos riscos e dos eventos, com suas causas e possíveis consequências. A identificação de riscos pode envolver ainda dados históricos, análises e opiniões das pessoas envolvidas que desempenham o processo, os experts ou aquelas que se beneficiam do processo, os usuários.

1. Frequentemente sou informada (o) sobre os dados históricos relacionados aos incidentes relacionados à assistência à saúde ocorridos na unidade.  
 A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente
2. Na UTI em que trabalho, o processo de gerenciamento dos riscos relacionados à assistência à saúde está claro.  
 A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente
3. O processo de gerenciamento de riscos relacionados à assistência à saúde na UTI é informado a todos os colaboradores, incluindo seus objetivos e a definição das responsabilidades de cada membro da equipe.  
 A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente
4. Foram definidos critérios para identificarmos os riscos relacionados à assistência à saúde em nossa unidade.  
 A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente
5. Com base nos incidentes que ocorrem em nossa unidade, podemos perceber quais são as situações que criam ou aumentam os riscos relacionados à assistência à saúde, bem como as ações que evitam ou reduzem os incidentes.  
 A ☐ Discordo totalmente

- B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
6. A utilização de escalas, como por exemplo Braden ou Hendrich II, colaboram na identificação dos riscos. Na unidade em que eu trabalho, frequentemente utilizamos escalas para a identificação dos riscos.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
7. Conheço os principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente

### Seção III – Análise e Avaliação dos Riscos

Nesta seção, as questões abordarão a análise e a avaliação. A análise de riscos é a compreensão da natureza e a estimativa do risco, etapa que fornece base para a avaliação de riscos e para o tratamento de riscos. Para analisar um risco é preciso entender seus critérios, que deverão estar de acordo com os objetivos da organização e podem ser definidos a partir de normas, leis, políticas etc. A avaliação de riscos é a comparação da análise do risco com os critérios do risco, que determina se o risco é aceitável ou tolerável. A avaliação de riscos auxilia ainda, na decisão sobre o tratamento dos riscos.

1. Compreendo a fonte e a causa dos principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
2. Compreendo as consequências dos principais riscos relacionados à assistência à saúde da unidade em que trabalho.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
3. A análise dos riscos ou incidentes possibilita que a identificação de pontos fracos, processos falhos e ações corretivas. Participo frequentemente de análises de riscos ou incidentes relacionados à assistência à saúde ocorridos na unidade em que eu trabalho.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente

- E ☐ Concordo totalmente
4. Quando ocorre um incidente na unidade, facilmente conseguimos avaliar se a falha foi pontual (humana) ou do processo (latentes ou sistêmicas).
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
5. Os registros nos prontuários dos pacientes contêm informações e fornecem dados para a análise apropriada do incidente do paciente.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
6. Quando temos incidentes graves na unidade, uma equipe multidisciplinar discute o caso, proporcionando uma investigação mais detalhada.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
7. Por conhecermos os riscos e incidentes relacionados à assistência à saúde em nossa unidade, definimos as prioridades de atuação para ações de melhoria.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
8. Quando recebemos notificações, investigamos e analisamos o que pode ter levado à falha junto à equipe envolvida na assistência ao paciente.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
9. Ao identificar fragilidades no processo assistencial, procuramos planejar ações que possam evitar que as falhas aconteçam.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente



**Seção IV – Tratamento dos Riscos**

Nesta seção, as questões abordarão o tratamento. O tratamento de riscos é o processo que poderá modificar o risco e pode envolver evitar o risco, assumir o risco, remover o risco, alterar a probabilidade do risco, alterar as consequências, compartilhar o risco ou ainda, reter (controlar) o risco.

1. Na unidade em que trabalho costumamos identificar quais barreiras contribuíram para evitar incidentes.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
2. Ao identificarmos falhas sistêmicas ou latentes em nossos processos, procuramos corrigi-las, evitando a recorrência do incidente.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
3. Quando identificamos uma probabilidade indesejada de dano relacionado à assistência à saúde, tratamos o risco para proteger os pacientes.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
4. Na unidade em que trabalho, procuramos aplicar as melhores práticas, baseadas em evidências, para minorar os riscos relacionados à assistência à saúde.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
5. Contamos com profissionais em funções de gestão que suportam os controles (tais como treinamento e inspeção) dos riscos relacionados à assistência à saúde.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
6. Ao percebermos riscos recorrentes relacionados à assistência à saúde, estruturamos planos de ação com base na identificação das causas principais e dos fatores contribuintes para as falhas.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente

7. Após a definição do tratamento dos riscos relacionados à assistência à saúde, costumamos avaliar a eficácia do tratamento escolhido.
- A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente
8. Ao avaliar o tratamento escolhido para minimizar um risco relacionado à assistência à saúde, é possível detectar se o mesmo não é eficaz. Caso isto ocorra, costumamos revisar o tratamento dos riscos.
- A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente

#### Seção V – Monitoramento

Nesta seção, as questões abordarão o monitoramento. O monitoramento dos riscos é a verificação, supervisão e análise crítica com objetivo de identificar mudanças no desempenho esperado. A análise crítica é a etapa que determina a eficácia do assunto em questão com relação aos objetivos estabelecidos.

1. Na unidade em que trabalho procuramos acompanhar e monitorar o desempenho de barreiras implantadas para os principais riscos do processo assistencial.
- A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente
2. A fim de identificar mudanças no desempenho das ações para minorar os riscos relacionados à assistência à saúde, realizamos verificação e supervisão da eficácia das ações planejadas.
- A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente
3. Para medir o desempenho do gerenciamento de riscos utilizamos indicadores, que são analisados criticamente, de forma periódica, para garantir sua adequação.
- A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente
4. Na unidade em que atuo, medimos periodicamente o progresso obtido, ou o desvio, em relação ao planejamento de ações de gerenciamento de risco.
- A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente

- D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente

5. Frequentemente, comunicamos os riscos e o progresso do planejamento de ações de gerenciamento de risco ao setor responsável pela gestão de riscos institucional (UGRA).  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
6. O monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde envolve a notificação dos incidentes ao setor responsável pela gestão de riscos institucional (UGRA).  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
7. As frequências dos riscos relacionados à assistência à saúde são conhecidas pela unidade em que atuamos por meio do monitoramento de indicadores, e a partir deste monitoramento são estabelecidas normas, protocolos, infraestrutura ou formações específicas, a fim de evitar incidentes.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
8. O monitoramento frequente dos incidentes relacionados à assistência consiste na melhor forma de identificar os eventos de forma oportuna nos serviços de saúde.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
9. As chefias das unidades de terapia intensiva e todo o corpo de profissionais são envolvidos no monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente

#### **Seção VI – Comunicação acerca dos riscos relacionados à assistência à saúde**

Nesta seção, as questões abordarão a comunicação. A comunicação está relacionada ao estabelecimento da cultura de segurança e deverá dirigir esforços para assumir o caráter não punitivo às notificações, manter o sigilo e a confidencialidade, fornecer respostas oportunas e retorno aos notificantes, orientar as possíveis soluções dos problemas notificados e ser responsivo às mudanças sugeridas.

1. Na unidade em que trabalho, informamos aos pacientes e/ou aos seus familiares os riscos inerentes à assistência à saúde aos quais o paciente está sujeito.

- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
2. A equipe da qual faço parte entende a comunicação como processo contínuo, utilizado para fornecer, compartilhar ou obter informações e se envolver com relação ao gerenciamento de riscos.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
3. Na unidade em que atuo, temos clareza dos mecanismos de comunicação interna que apoiam e incentivam o gerenciamento dos riscos relacionados à assistência à saúde.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
4. As informações derivadas das ações de gerenciamento de riscos estão disponíveis na unidade e são discutidas em momentos apropriados para que todos tenham entendimento sobre as mesmas.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
5. Sempre que um incidente relacionado à assistência à saúde ocorre na unidade em que atuo, há processos de consulta às partes envolvidas.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
6. Quando o paciente sofre um incidente relacionado à assistência à saúde em nossa unidade, ele e/ou sua família são informados do ocorrido.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
7. Os incidentes relacionados à assistência à saúde ocorridos na unidade na qual eu trabalho são devidamente documentados no prontuário do paciente em questão.  
A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente

E ☐ Concordo totalmente

8. Para a passagem de plantão na unidade utilizamos algum (alguns) método (s) e/ou ferramenta (s) para sistematizar a comunicação e evitar falhas de comunicação.

A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente

9. Na unidade em que eu trabalho, encontramos recomendações relacionadas ao gerenciamento de riscos, tais como listas de verificação, protocolos, lembretes (cartazes, folders, placas), etc.

A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente

10. Percebo que há diretrizes que nos apoiam a evitar os incidentes relacionados à assistência à saúde, como por exemplo, eliminação do uso de medicamentos e produtos com nomes semelhantes ou embalagens parecidas, aperfeiçoamento ou modificação de software, melhorias na documentação, mecanismos de comunicação e de transferência do cuidado, mecanismos de redundância e dupla checagem, eliminação ou redução máxima de situações que favoreçam distrações, etc.

A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente

#### Seção VII – Notificação de Incidentes (relacionados à assistência à saúde)

Nesta seção, as questões abordarão a notificação. A notificação dos eventos adversos em saúde é uma estratégia para mitigação dos acontecimentos, e para que haja efetividade do sistema de notificação de incidentes, os registros devem ser utilizados não apenas como apontadores de falhas, mas como recursos de comunicação de situações inesperadas ou indesejadas, a fim de que as instituições possam fazer modificações apropriadas e convenientes.

1. Conheço a regulamentação sobre a notificação e o monitoramento dos incidentes relacionados à assistência à saúde, com a publicação da RDC nº 36 de 2013.

A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente

2. Tenho ciência sobre a importância de notificações no sistema institucional próprio de notificação de incidentes do hospital (VIGIHOP).

A ☐ Discordo totalmente  
 B ☐ Discordo parcialmente  
 C ☐ Indiferente  
 D ☐ Concordo parcialmente  
 E ☐ Concordo totalmente



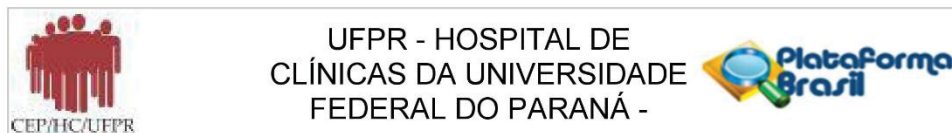
3. Tenho ciência sobre as comunicações ao Notivisa - Sistema de Informações em Vigilância Sanitária (módulo Assistência à Saúde), realizadas pela Unidade de Setor de Gestão de Riscos (UGRA).
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
4. Reconheço a importância da notificação, pois o registro das informações em tempo hábil permite um fluxo mais ágil de comunicação, a adoção de medidas oportunas e a efetividade do sistema de vigilância.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
5. Sempre que possível, promovo a notificação dos incidentes relacionados à segurança do paciente entre os membros da equipe assistencial da qual eu faço parte.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
6. Tenho ciência do fato de que unidades assistenciais são suscetíveis a falhas decorrentes de subnotificação e dados incompletos em prontuários.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
7. Fomos orientados sobre os sistemas de notificação de incidentes terem um papel fundamental na segurança do paciente porque permitem o aprendizado a partir das falhas que foram identificadas e que, geralmente, são provocadas por fragilidades existentes nos sistemas.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente
8. Oriento à equipe sob minha liderança para que os registros nos prontuários dos pacientes contenham informações legíveis e forneçam dados os mais completos possíveis, para que propicie uma análise apropriada do incidente e notificação.
- A ☐ Discordo totalmente  
B ☐ Discordo parcialmente  
C ☐ Indiferente  
D ☐ Concordo parcialmente  
E ☐ Concordo totalmente

9. O fluxo de notificação pode favorecer a organização e a análise dos incidentes. Ainda, o processo de notificação pode fornecer informação sistemática e oportuna sobre o comportamento dos eventos que afetam uma população.
- A ☐ Discordo totalmente
- B ☐ Discordo parcialmente
- C ☐ Indiferente
- D ☐ Concordo parcialmente
- E ☐ Concordo totalmente
10. Quando recebo uma notificação relacionada à assistência à saúde na unidade em que atuo, investigo e analiso o que pode ter levado à falha junto à equipe envolvida na assistência ao paciente.
- A ☐ Discordo totalmente
- B ☐ Discordo parcialmente
- C ☐ Indiferente
- D ☐ Concordo parcialmente
- E ☐ Concordo totalmente
11. A notificação de incidentes relacionados à assistência à saúde depende amplamente de um trabalho de sensibilização da equipe de profissionais. É imprescindível que sejam envolvidos e estejam habilitados para detectar incidentes relacionados à assistência à saúde, reconhecendo-os como um instrumento de melhoria contínua para segurança do paciente, e não como um mecanismo de punição.
- A ☐ Discordo totalmente
- B ☐ Discordo parcialmente
- C ☐ Indiferente
- D ☐ Concordo parcialmente
- E ☐ Concordo totalmente

### Observações e Comentários relacionados às questões

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper appears to be a standard notebook page or a sheet of stationery.

## ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** GERENCIAMENTO DE RISCOS ASSISTENCIAIS

**Pesquisador:** LILLIAN DAISY GONÇALVES WOLFF

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 17282219.7.0000.0096

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.615.821

#### **Apresentação do Projeto:**

Apresentação das respostas ao parecer número 3.509.105.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Sem alterações.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Sem alterações.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Foram apresentadas respostas as pendências, sendo:

- Pendência 01 - atendida.

- Pendência 02 - atendida.

#### **Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido corrigido e adequado.

#### **Recomendações:**

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica, o mesmo deve estar em formatação adequada e com as caixas de rubricas no rodapé das páginas que não contenham assinatura. Após, fazer cópia fiel do TCLE aprovado e rubricado em duas vias: uma ficará com o pesquisador e outra com o participante da

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br





UFPR - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -



Continuação do Parecer: 3.615.821

pesquisa.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado sem pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/2012 e na Norma Operacional Nº 001/2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto, conforme proposto, para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos. Os documentos da pesquisa devem ser mantidos arquivados.

É dever do CEP acompanhar o desenvolvimento dos projetos por meio de relatórios semestrais dos pesquisadores e de outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1375415.pdf	21/08/2019 11:07:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.pdf	21/08/2019 10:52:58	TALITA RENNE MENDONÇA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEcorrigido.docx	21/08/2019 10:51:12	TALITA RENNE MENDONÇA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	12/07/2019 09:21:01	TALITA RENNE MENDONÇA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/07/2019 09:20:44	TALITA RENNE MENDONÇA	Aceito
Declaração de	QUALIFICACAOPESQUISADORESCOL	12/07/2019	TALITA RENNE	Aceito

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br



**UFPR - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 3.615.821

Pesquisadores	BORADORES.docx	09:05:38	MENDONÇA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACOESEQUIPEPESQUISACU	11/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	MPRIMENTONORMASCEPCONEP.doc	21:51:57	MENDONÇA	
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOAUSENCIADECUSTOS.doc	11/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodoorientadordoprojeto.pdf	21:35:10	MENDONÇA	
Declaração de Pesquisadores		11/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciadasunidadesenvolvidasuci.doc	21:23:11	MENDONÇA	
Declaração de Instituição e Infraestrutura		11/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciadasunidadesenvolvidascar diopneumo.doc	20:15:37	MENDONÇA	
Declaração de Instituição e Infraestrutura		11/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciadasunidadesenvolvidapedi.doc	20:06:00	MENDONÇA	
Declaração de Instituição e Infraestrutura		11/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciadasunidadesenvolvidasugra.doc	19:45:05	MENDONÇA	
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoDetalhado.docx	11/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
Cronograma		19:21:25	MENDONÇA	
Cronograma	Cronograma.docx	11/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
		19:16:12	MENDONÇA	
Outros	CHECKLISTDOCUMENTALPROJETOPESQUISA.docx	10/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
		14:27:55	MENDONÇA	
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAOORIENTADORDOPROJETETO.doc	10/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
		14:26:12	MENDONÇA	
Outros	CARTAENCAMINHAMENTOPESQUISADORAOCEP.doc	10/07/2019	TALITA RENNE	Aceito
		14:25:13	MENDONÇA	
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciadasunidadesenvolvidasugra.pdf	09/06/2019	TALITA RENNE	Aceito
		11:49:10	MENDONÇA	
Declaração de Instituição e Infraestrutura		09/06/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciadasunidadesenvolvidasuci.pdf	11:48:53	MENDONÇA	
Declaração de Instituição e Infraestrutura		09/06/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciadasunidadesenvolvidaspedi.pdf	11:48:36	MENDONÇA	
Declaração de Instituição e Infraestrutura		09/06/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	concordanciadasunidadesenvolvidascar diopneumo.pdf	11:48:18	MENDONÇA	
Declaração de Pesquisadores		09/06/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	checklistdocumental.pdf	11:47:54	MENDONÇA	
Declaração de Pesquisadores		09/06/2019	TALITA RENNE	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaodecompromissodaequipedapesquisa.pdf	11:45:51	MENDONÇA	
Declaração de	declaracaodeausenciadecustos.pdf	09/06/2019	TALITA RENNE	Aceito

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br



**UFPR - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO PARANÁ -**



Continuação do Parecer: 3.615.821

Pesquisadores	declaracaodeausenciadecustos.pdf	11:45:02	MENDONÇA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	cartadeencaminhamentodopesquisadora ocep.pdf	09/06/2019 11:44:24	TALITA RENNE MENDONÇA	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	09/06/2019 11:42:20	TALITA RENNE MENDONÇA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	09/06/2019 11:37:07	TALITA RENNE MENDONÇA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CURITIBA, 02 de Outubro de 2019

---

**Assinado por:**  
**maria cristina sartor**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Gal. Carneiro, 181

**Bairro:** Alto da Glória

**CEP:** 80.060-900

**UF:** PR

**Município:** CURITIBA

**Telefone:** (41)3360-1041

**Fax:** (41)3360-1041

**E-mail:** cep@hc.ufpr.br